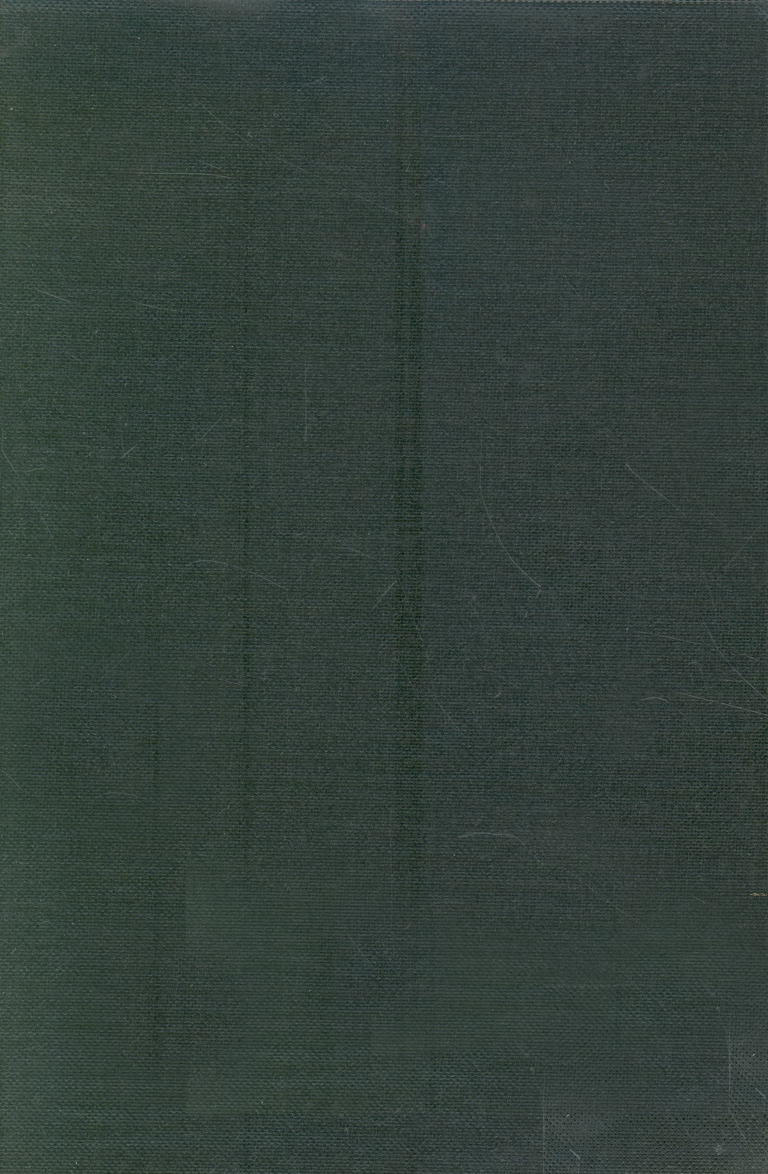


مجلة
المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعها

يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

رئيس انشائها الحكيم

مرشد خاطر

استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

دمشق — سورية

6

السنة السادسة

المطبعة البطريركية الارثوذكسية بدمشق

فاتحة السنة السادسة

نفتتح سنتنا السادسة بارسال عاطفة التبريك الى مشتركينا الكرام سائلين ان تكون هذه السنة مباركة عليهم وراجين منهم ان يقابلوا هذه الصحيفة العربية بالمثل ويبادلوها العاطفة بعاطفة نظيرها · ولا تكون سنة هذه المجلة سعيدة عليها الا متى آزرها اطباء العرب ونفخوا فيها حياة جديدة بما ينشرون على صفحاتها من ابحاثهم وانا اذا القينا نظرة على جرائد الغرب راينا ان الغربيين يعتمدون على هذه المؤازرة فلا يعمل الشخص منهم منفرداً بل يعملون مشتركين لانهم يمشون على المثل القائل « في الاتحاد القوة » وحري بنا نحن العرب الذين فتحنا اعيننا على مجد زاهر كان لجدودنا وتقهقر مشين نحن فيه اليوم ان نتخذ ابناء الغرب مثالاً في اتحادهم ومؤازرة بعضهم لبعض · في الغرب اليوم مئات من المجلات الطبية الراقية التي يودع فيها الاطباء من القارات المختلفة بنات افكارهم ومبتكرات عقولهم فهي تحيا بهم وهم ينالون الشهرة بها بيد ان في الشرق بضع مجلات طبية تعد على الاصابع تعيش عيشة المضنى فلا هي حية حياة المجلات الاوروبية لتبعث بتلك الحياة الى اقصى البلاد العربية ولا هي ميتة فتدفن ويطوى امرها وليس الذنب في تلك الحياة الضئيلة الا علينا · لاننا اذا وفقنا لشيء جديد او مرت بنا حادثة نادرة اسرعنا الى نشرها في جرائد الغرب لتذيع وتنتشر ويعرفها اطباء العالم واحجمنا عن نشرها في مجلاتنا لقلة انتشارها وضيق دائرة قرائها ولعل لنا عذراً في ما نفعل غير انا اذا اعلمنا الغرب ان في البلاد العربية مجلات تنطوي على ما تنتجه عقول اطباء العرب كافة اذا افهمنا تلك القارات انا قوم نحيا حياة

علمية لحياتهم واننا نجمع ما نعثر عليه في مجلاتنا اقبلوا على جرائدنا يقرأون فيها ما تهمهم معرفته كاقبالنا على مجلاتهم وجرائدهم نغذي بها عقولنا ونستطلع فيها ما جدّ واستحدث ونقلوا عنا كل جديد يصادفونه كما ننقل عنهم كل شاردة فدبت في نشراتنا حياة جديدة نفخها اطباء العرب ٠

ربما يقول قائل ان الغرب الذي قطع اشواطاً في الحضارة ليس بحاجة الى ما تقول ونكتب وفي هذا القول ما فيه من سداد غير ان في الغرب امراضاً اتقن درسها الغربيون وفي الشرق امراض لا يزال عليها حتى اليوم ستار من الجهل لانها لا تظهر في الغرب او لانها قليلة فيه افيجوز لنا ان نبقى مكتوفي الايدي امام هذه الامراض لانها خصيصة ببلادنا ولان الغربي لم يجرد حملة علمية لافتتاح معاقلها وكشف اسرارها؟ لا لعمري بل علينا نحن ان نقوم بهذا العبء ٠ جاءنا الضنك منذ سنة ونصف سنة فكانت وافدته راعبة، حلّ علينا ضيفاً ثقيلاً فلم ينجُ من شره عشر سكان هذه البلاد ، احدث من العراقيل الوخيمة ما لم نكن ننتظره من الضنك الذي عهدنا به الرحمة، نظرنا الى طرز تفشيه وسرعته ووروده المتقطع علينا، فقلنا عنه انه لا ينتقل بالبعوض بل ينتقل كما تنتقل الحصبة والجدري وذهب زملاؤنا البيروتيون غير مذهبنا استناداً الى ضنك يظهر في البلاد الحارة واعمال قام بها اطباء تلك البلاد مع ان الضنك ضنكان يختلف احدهما عن الاخر بطرز تفشيه واعراضه فقام حوار شديد بيننا ولا يزال ٠ فهل حركت النخوة من في البلاد الى كشف كنه هذا الضنك ورصد بعض المبالغ لرفع الستار عن هذه القضية العلمية ؟ لا لاننا ننتظر الغربي ليكشف لنا ما اغمض منها ٠

في بلادنا الزحار العصوي متفشٍ تفشياً شديداً يقتل الكثيرين على الرغم

من مكافحته بالمصل المضاد له حتى ان الوفيات لا تقل فيه عن خمسين بالمائة مع ان هذا الزحار في اوربة اخف وطأة الا اذا اصاب الاحداث وكانت العصية المحدثة له عصية شيغا هذه العصية التي تمتاز بشدة سميتها ، وزحارنا الخطر لا تحدثه هذه العصية فلماذا اذن شدة هذه الوطأة في سورية وخفتها في اوربة مع ان الزحارين تحدثهما عصية فلاكسنر ؟ ان في الامر لسراً يترتب علينا كشفه فلعل عصيتنا السورية تختلف عن العصية التي فصلها فلاكسنر في اميركا ونيوهفن ومنيل ولعل لهذه العصية ذيفانات مع ان العصية الاميركية لا ذيفانات لها وهذا ما نرجحه . ان مجال العمل واسع والغرب يحتاج الى الشرق في كشف امور كثيرة ليس لدينا متسع لسردها في هذه الكلمة الافتتاحيـة بل نكتفي بترديد ما قلنـاه سابقاً وهو ان موازرة المجلات العربية بمنتوجات عقول اطباء العرب ينفخ روح الحياة فيها من الوجهتين العلمية والمادية ويحمل الغرب على تعلم لغتنا كما حمله في زمن حضارتنا السابقة رقي العلوم بيننا ورغبته في اقتباسها الى تعلم لغة الضاد . فهل نحن ساعون وراء هذه الغاية ؟

الحكيم

مرشد خاطر

انثقاب الكولون المعترض بقرحة زحارية

شفاء المريض بالمعالجة الجراحية

للحكيمين

لوبس رأس اطباء مخبر الجراثيم في جيش الشرق

لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم شوكة موفق الشطي

يعتقد المؤلفون ان قروح الكولون المعترض الزحارية نادرة حتى ان وولي (Wooly) وموسغراف(Musgrave)لم يشاهدا منها في جزائر الفيلبين الا ما يعادل واحداً في المائة ٠ وهذا ما حدا بنا الى نشر المشاهدة الاتية لان القرحة التي نوردها افضت الى انثقاب المعى وعولجت في الحال معالجة جراحية وقد زادنا رغبة في نشرها علمنا ان قروح المعى الزحارية الثاقبة شديدة الخطر

المشاهدة

جوم ٠٠٠٠ كلود له من العمر ٢٨ سنة عريف في فرقة الخيالة الثانية عشرة وصل الى سورية في اذار سنة ١٩٢١

ادخل المستشفى في ١٢ آب سنة ١٩٢٢ لاصابته بالزحار فعولج فيه حتى ٢٧ ايلول من السنة المذكورة وكان يتغوط في اليوم ١٣ - ١٤ مرة وقد شفي بالامتين ٠ ولم يلبث ان أُصيب بنكس فادخل المستشفى في ٢٤ تشرين الاول وظل فيه قيد المداواة حتى ٢١ تشرين الثاني وكان عدد التبرز حين دخوله ثلاثين مرة في اليوم ثم اخرج من المستشفى بعد ان اصبح عدد التغوط اربعة في اليوم

الواحد وعاد الى المستشفى مرة ثالثة لاصابته بيرقان انتاني و بقي فيه من ١٦ شباط سنة ١٩٢٣ حتى ٣ آذار ولم يبدُ في اثناء مكثه في المستشفى اقــل اثر للزحار · أُخرج بعد شفائه من المستشفى وارسل الى ثكنة الخيالة في بيروت ليعود الى وطنه

وقد دخل في بيروت المستشفى الواقــع في طريق دمشق مشتكياً زحاراً وقولنجاً وذلك في ١٧ اذار · وكان عدد التبرز ثلاث مرات ســفي اليوم وقد اخذ هذا الرقم يزداد الى ان اصبح ٦ — ٨ مرات في الصباح ومثلهـا بعد الظهر فحمي المريض الا عن الاطعمة الحارة والحساء وأُعطي مقادير متقطعــة من كبريتاة الصوديوم ممزوجة بالافيون ولم يعالج بالأمتين · · وقد شعر فجأة في ٢٣ اذار بينما كان مضطجعاً في سريره بعد طعام الظهر بألم شديد فوق المأنة تحت الحفرة الشرسوفية على بعد ٢ — ٣ سنتمترات الى يمين الخط المتوسط · وكان هذا الألم شديداً يشبه طعنة الخنجر فبدأ يصرخ واضعاً يــده على بطنه املاً بايجاد وضعة تقيــه التألم · وقد تجشأ مرتين او ثلاث مرات · وعقب ذلك غثيان ولم يقيء ولم يتبرز · وظل الألم متصفاً بالصفات الآتية : (ألم اصم منتشر الى الناحية الشرسوفية، شديد لا يتبدل بتبدل وضعة المريض يصحبه فواق و بدون قيء) ريثما نقل الى المستشفى الساعة الرابعة بعد الظهر ففحصناه في الساعة الخامسة وكان لون المريض شاحباً ووجهه ينم باضطراب وجبينه وخداه مبللة بعرق بارد ، وعيناه مغلقتين بعض الانغلاق ولا يشعر بما يحيط به الا قليلاً ولا جشاء ولا فواق ولا اقياء وقد بدا من الفحص ان بطنه مسطح رخو يتضغط بسهولة

الجس : يبدي نقطة مؤلمة ألماً شديداً توافق النقطة الشمسية · ولا يبدل الجس حس الالم الأصم الذي يشعر به المريض عفواً في الناحية الشرسوفية ·

وكانت النقاط الحويصلية والاثني عشرية والبوابية وناحية الانحناء الكبير وزاوية الكولون اليمنى غير مؤلمة وناحيتا الزائدة والاعور كذلك . وكان جوم قادراً على تعيين النقطة التي بدأ بها الالم الشبيه بطعنة الخنجر اما جس هذه النقطة فلم يكن مؤلماً . والبطن واضح بالقرع ولا يشعر بصمم في قسمه السفلي ، وصمم الكبد طبيعي ، لا شيء في القلب والرئة ، عدد النبض ٩٠ نبضة ، الاطراف باردة .

شككنا في الانثقاب للاعراض العامة وحالة الصدمة والالم المشابه لطعنة الخنجر دون ان نعرف له سبباً وقد بدا لنا من خلو سوابق المريض من الاعراض المعدية ومن اصابته بالزحار فيما سبق ان الانثقاب قد يكون ناجماً من الزحار فقررنا البضع وخدر المريض بالايثير تخديراً عاماً وفتح البطن فيما فوق السرة فشوهد ان الخلب آخذ بالالتهاب .

وكانت المعدة محتقنة ومتسعة اتساعاً زائداً ولم يشعر اثناء فحص وجهها الامامي وناحية الاثني عشري بصلابة او بانثقاب . وقد سعينا الى فحص الوجه الخلفي بفك الارتباط ما بين الكولون والثرب فبدا الثرب محتقناً ينزف لأقل رض وتبين لنا بعد رفع الثرب ان في الجهة اليمنى من الكولون المعترض انثقاباً تبلغ سعته سعة العدسة الكبيرة حيث كان الثرب ملتهباً .

وقد تتبعنا الجوار نحو الزاوية اليمنى فوجدنا نقطتين على وشك الانثقاب ولم يكن جدار الكولون في حذائهما مؤلفاً الا من الطبقة المصلية وحدها . فخيط الانثقاب ودفنت الآفات تحت الطبقة المصلية ورمم الثرب ثم فحصت اقسام الكولون الباقية بسرعة وجفف السائل الآتي من الحوض الصغير بعد ان نزعت الرفادات الساترة للبطن ورمم جدار البطن ثلاث طبقات وقطر المصل في

شرج المريض ووضع الجليد على بطنه وسقي اشربة كحولية وحقن بالزيت المكوفر والامتين اربعة ايام ٠٨/٠ في اليوم · فتحسنت حالة المريض تحسناً تدريجياً وكان في اليوم الثامن على احسن حال ففحص برازه فكشفت المتحولات فيه في ٦ نيسان وشرع بمعالجته معالجة مشتركة بالامتين والارسنوبنزول وقد تم اندمال الجرح بدون حادث · وكانت حالة المريض العامة في ١٥ نيسان حسنة جداً فارسل الى فرنسة في غرة ايار وقد أُصيب بنكس قبل سفره وعولج النكس بالامتين ولسنا نشك اقل شك في طبيعة الانثقاب الزحارية لان المتحولات كشفت في البراز قبل انثقاب المعى وظلت المتحولات فيه بعد العملية ايضاً · ولم يكشف اثناء العملية في الكولون المعترض او في اقسام المعى الغليظ أقل كثافة في الجدار تمكننا من الشك في السل ولم تكن العقد مصابة ايضاً · ولو كان السل هو السبب لسار بعد العملية سيره المعتاد على ان الشفاء قد تم بسرعة · ولا يمكن ان ينسب الانثقاب الى زحار عصوي ايضا لان سير هذا الزحار يختلف عن سيره في مريضنا فعدد التغوط في الزحار العصوي اكثر والزحار العصوي يعصي المداواة بالامتين وينجع فيه احيانا المصل المضاد للزحار ومريضنا لم يعالج بالمصل بل شفي باستعمال الامتين والارسنوبنزول وليس الانثقاب سرطانيا ايضا لان المريض حدث

ان مريضنا مصاب بانثقاب الكولون المعترض انثقاباً زحاريا ومشاهدتنا هذه نادرة في بابها وكبيرة الدلالة من الوجهة الجراحية لانها تثبت لزوم التوسط الجراحي في الانثقاب الزحاري مهما كان الانذار سيئا · لان النجاح وانقاذ حياة المريض يتوقفان عليه ويكونان خير ثواب للجراح ·

جراحة القناة الجامعة

للحكيم لوسركل استاذ الامراض الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

قد يحدث ، متى لم تستأصل المرارة في شخص مصاب بالرمال، ان حصاة تمر من المرارة الى القناة الجامعة فتقف فيها وتسدها او تصعد حتى القناة الكبدية وربما بقيت هذه الحصاة مدة بعد انتقالها الى مجاري الصفراء مستترة دون ان يبدي بها اقل عرض الى ان يأتي زمن يكبر به حجم الحصاة بما يلتصق بها من الرواسب او يكثر به عدد الحصى او يلتهب الغشاء المخاطي ويحتقن لاحتكاكها المستمر به فتسد القناتان الجامعة والكبدية . وربما كان الانسداد موقتا لان الحصاة تتحرك عفواً وتقع في الاثني عشري او لان الغشاء المخاطي ينقبض بعد الاحتقان والانتباج فتمر الصفراء ويزول العارض ولا يكون مجال للتوسط الجراحي . غير انه متى بقي الانسداد مستمرا ظهر اليرقان وتأذت خلية الكبد تأذيا سريعا وبدا التعفن فدلت عليه العرواء وسوء الحالة العامة . فلا يلبث ان يتقفع جدار البطن منذرا بان القناة الجامعة قد تنبثق وبان التوسط الجراحي واجب لا مندوحة عنه واذا لم يسرع الى اجرائه ظهر التهاب المجاري الصفراوية المتقيح واليرقان الوخيم والابالة (anurie) وكان الموت محققا بقصور الكبد والكلية . فعلى الطبيب متى دعي الى معاينة مريض يتصف مرضه بهذه الاعراض وكانت قد انتابته نوب رمل صفراوي ان يوجه نظره الى حصاة القناة الجامعة .

والاعراض الاساسية التي تتصف بها حصاة القناة الجامعــة ويبنى عليها التشخيص ثلاثة : الالم واليرقان والحمى ٠

١ — الألم : ربما كان شبيها بنوبة قولنج كبدي ٠ وهو في الغالب الم خفيف مستقر تحت الكبد اقرب الى الخط النصفي من ألم المرارة واقع في الناحية الشرسوفية ومتشعع الى ناحية ما بين الكتفين متفاوت الشدة يظهر بعــد الطعام متى مرت المواد الغذائية واحدثت تقلصات انعكاسية فــوق العائق ويستمر طويلا اسابيع واشهرا ويسوق المريض الى ادمان المورفين ٠ وكثيرا ما يظن ان هولاء المرضى مصابون بامراض المعدة ويعالجون هذه المعالجة مدة طويلة ويظهر هذا الألم متى جست الناحية الواقعة انسي المرارة وتحتها ٠

٢ — اليرقان : قد لا يظهر او قد يكون خفيفا او اصفر ذهبيا او مخضرا ٠ وصفته الاساسية كونه متبدلاً ومنقطعاً ومتى ظهر رافقتــه حمى وكان مرتبطاً بهجمات التهاب المجاري الصفراوية ٠

٣ — الحمى : تظهر كأنها نوب برداء مع رعدة قصيرة المدة وحمى فجائية لا تلبث ان تزول غير انها تتكرر ٠ والحمى هي عرض اكثر دلالة من اليرقان على انسداد القناة الجامعة بالحصاة ٠

والكبد موألمة كبيرة الحجم حين تبدو هجمات التهاب المجاري الصفراوية والهزال شديد وسريع ٠

ولا بد من تذكر علامة كورفوازيه وهي : مرارة منقبضة معناها الرمل ومرارة متوسعة معناها سرطان المعثكلة ٠

وربما كان للرسم الشعاعي بعض الفائدة في التشخيص (بكلار) ٠

ومتى شخص رمل القناة الجامعة كان التوسط الجراحي واجباً : متى خابت المعالجة الدوائية ولم تثمر كان الانتظار اكثر من ٨ — ١٠ ايام مضراً لانه متى بدا التهاب المجاري الصفراوية العفن بعد اليوم العاشر الى الخامس عشر كانت نتيجـة العمل الجراحي سيئة . فان خلية الكبد لا تلبث متى سدت القناة الجامعـة ان تتأذى وتتلف فلا يجدي التوسط الجراحي المتأخر شيئاً لان المريض يموت من النزف او الابالة .

واما التوسط الجراحي الذي يجرى في انسداد القناة الجامعـة فهو خزع هذه القناة وتخفيض المجاري الصفراوية .

ولا حاجة الى سرد القواعد العامة التي لابد من اتباعها في التوسطات المجراة على المجاري الصفراويـة متى رغبنا في النجاح : كفحص المريض فحصاً سريرياً متقناً ومعرفة التشريح والطريقة الجراحية معرفة حسنة غير انني أسرد نقطة واحدة لاتخلو من الاهمية وهي قلة الخطر متى اجري العمل الجراحي والمريض غير مصاب باليرقان فيجب اذن ان يعالج الميروقون يرقانا انحباسياً قبل اجراء عملهم الجراحي . وتوصلا الى هذه الغاية يحقن الاثني عشري بعد تنبيه بمحلول كبريتاة المغنيزيا الذي يحدث تقلصات في الجهاز الصفراوي كافية لافراغ محتوياته . فاذا لم تثمر هذه الطريقة كان اليرقان كبديا والخلية الكبدية قد فقدت موازنتها التشريحية والخلقية (الفسيو لوجية) ويكون التوسط الجراحي قد اجري على مكبود وليس على مصاب بانسداد القناة الجامعة . وفي هذا ما فيه من الخطر وافضل طريقة في معرفة الحالة التي وصلت اليها خلية الكبد هي قياس التخثر . فكل ميروق يتأخر تخثره لا يجوز ان يبضع قبل ان يحضر اولا بالاستدماء الذاتي (autohémothérapie)

ونقل الدم وكلورور الكلس حقناً في الوريد (١٠ سم٣ من محلول عشري) والحقن بالمصل الغليكوزي لكي تذخر الكبد ما تحتاج اليه ·

ويستحسن ان يحقن ايضا بالمصل الملح (serum salé) الذي يدعو الكبد الى صنع مولدة الليفين (fibrinogène) ومتى حضر المريض يضع حينئذٍ:

يمدد على المنضدة ويبسط بسطاً عنيفاً ويشق بطنه شقاً معترضاً وطويلاً لكي تبدو ناحية ما تحت الكبد ويسهل على الجراح الاستقصاء فيها ·

ويستعان بالنور الاصطناعي لروءية ما في القعر · وبعد ان تجهز كل هذه الامور لا يبقى سوى خزع القناة الجامعة ولكن اين تخزع القناة وكيف ؟ ان الطريقة الاكثر استعمالا اليوم هي:

خزع القناة الجامعة فوق الاثني عشري : وازمنتها الاولى هي الازمنة نفسها في استئصال المرارة · وبعد ان تحدد الساحة العملية جيداً تجرى الامور الاتية:

١ً - تشق وريقة الثرب الصغير الامامية على الحافة الوحشية لان الخطر كائن في الانسي او على انعكاس الخلب الذي يرتكز خلف الاثني عشري وليس على الحافة العليا · ويكشف هذا الشق عدة سنتمترات من القناة الجامعة بعد دفع قطعة الاثني عشري الى الاسفل ·

٢ً — ومتى عرف المجرى الصفراوي سهل حينئذ جس القناتين الكبدية والجامعة بين الابهام في الامام والسبابة في الوراء في فرجة ونسلو وكشف الحصاة في احداها حتى اذا جست جُدَّ في تزليقها الى المكان المنتخب لخزع المجاري الصفراوية حذاء مصب القناة المرارية وبعد ان نتأكد انه لا شرايين مهمة تمر امام القناة الجامعة نشقها شقاً مستطيلا على الحصاة نفسها ونستخرجها

٣ً – اذا لم تمس الاصبع الحصاة يجب على الجراح قبل ان يشق المجرى الصفراوي الاساسي ان يبزل بابرة دقيقة هـذا المجرى ليتحقق انه صفراوي وليس وريد الباب ·

٤ً – بعد ان يشق المجرى يستقصي فيه باصبعه اذا كان شديد التوسع فان القناة الجامعة متى كانت متوسعة تعادل في اقسامها الواقعة فوق العائق عروة معوية او بمقياس الرحم او بمسبار صمغي رقمه ١٦ – ١٧ والافضل ان يستقصي بمستقص خاص مكور الطرف ·

ويجب ان يكون الاستقصاء في العالي لان صعود الحصاة الراجع وتكون الحصى الكبدية هناك ممكنان وفي الاسفل ايضاً · ومتى كشفت الحصاة زلقت نحو الشق بضغط القناة ضغطاً تدريجياً او بسحنها متى كانت متفتتة · ومتى وثق الجراح بان الحصى قد استخرجت جميعها كان عليه ان يستقصي في المجل ليعلم ما اذا كان حراً وذلك بادخال القاثاتير فيه حتى الاثني عشري حيث تشعر الاصبع بالمسبار بعد ادخاله ·

٥ً – ينهي العمل الجراحي بوضع احفوض في فوهة القناة الجامعة وباخراج طرفه من القسم الوحشي لشق الجدار · وهـذا التحفيض واجب متى كانت الصفراء متعفنة ومستحسن متى كان المبضوع محموماً · وقد اهمل اليوم احفوض كهر (Kehr) وهو احفوض كالتاء الفرنسية لانه يمزق الغرز حين اخراجه ويكتفى بمسبار رقمه ١٦ – ١٧ بعد قطع طرفه · ويترك هذا الاحفوض زهاء ١٥ يوماً يثابر في اثنائها على الغسل الذي يسوق معه المدر الصفراوي والحصى ·

واستخراج اكثر الحصى بخزع القناة الجامعة فوق الاثني عشري مستطاع

غير ان بعضها لا يستطاع اخراجه بعصر القناة الصفراوية من الاسفل الى الاعلى بل يستدعي ان يسير الجراح اليه لاستخراجه حيث هو ٠

اما الطريق وراء المعثكلة فلا يشار به لانه يستدعي اجتياز طبقة متفاوتة الكثافة من نسيج المعثكلة و يعرض الجراح لشق الاوعية التي تصالب وجه القناة الجامعة الخلفي ولا سيما الشريان الاثني العشري المعثكلي السفلي و لوريد٠ وليس هذا الشق خلف المعثكلة ملائمًا ايضاً للتحفيض

و يفضل خزع الاثني عشري الامامي لاستخراج الحصى الواقعة في الاسفل لان هذا الخزع يمكن الجرائحي من الاستقصاء في محل فاتر وتسليخ الاثني عشري عن المعثكلة ليس امراً متحتماً غير انه قد يكون مفيداً لان الجراح يستطيع به ان يتحرى رأس المعثكلة و يستقصي استقصاء تامًا في قطعة القناة الجامعة المعثكلية و يدفع الحصاة المندفنة في القناة الجامعة فوق الاثني عشري وهو يمكنه ايضاً متى لم تكن مندوحة من خزع الاثني عشري من اخراج الاثني عشري خارج البطن وخزعه ٠

ويستدعي هذا التسليخ شق الخلب عموداً وحشي الحافة الوحشية لقطعة الاثني عشري الثانية واقتلاع الاثني عشري من اليمين الى اليسار و ينسهل هذا الامر في الغالب ٠

وخزع الاثني عشري يجرى عموداً حذاء منتصف الوجه الامامي لقطعة الاثني عشري الثانية في منطقة مغطاة جيداً بالخلب ٠ يفتش عن الحليمة وتعرف الحصاة فتستخرج بمنقاش اذا كان مقرها سهل المنال و يتم استخراجها اما بعد خزع الحليمة او بعد خزع القطعة الانتهائية للقناة الجامعة على الحصاة خلال الجدار

الخلفي للاثني عشري اذا كانت الحصاة واقعة فوق محل فاتر ·

وعلى الجراح ان يتحقق بعد استخراج الحصاة باستقصائه من الاسفل الى الاعلى ان القناة الجامعة حرة وانها خالية من حصاة اخرى · ولا فائدة في خياطة الوجه الخلفي للاثني عشري بعد خزع الحليمة · ويجب ان يخاط الاثني عشري خياطة دقيقة طبقتين في الامام ·

واما التحفيض فيجرى اما بعد خزع القناة الجامعة فوق الاثني عشري متى كانت المجاري شديدة التعفن او بتحفيض خلال محل فاتر « دوفال »

وقد جرب بعضهم خياطة القناة الجامعة بعد ازالة العائق غير ان هذه الطريقة وان تكن الفضلى من الوجهة النظرية شديدةالخطر لان معدل الوفيات بعدها كان كبيراً بتمزق الغرز وانصباب الصفراء العفنةفعادوا الى التحفيض وقد حققوه بعدة طرق :

فقد ظن بعضهم ان توسيع الحليمة يكفي : فوسعالاميركان حتى ٣٥ من مستقطرة شريار (filière Charrière) وقالوا ان الحليمة تبقى متوسعة وتظل كذلك مدة ١٥ يوماً وهي الايام الخطرة واشاروا بخياطة القناة الجامعة دون ان يكون خطر من عودة الصفراء وتمزق الغرز ·

واشار بعضهم بالتحفيض الخارجي الذي يجريه اكثر الجراحين اليوم غير انه يفضي الى هزال شديد وخسارة ١٠ — ١٢ كيلاً من وزن الجسد في الوقت الذي تنصب به الصفراء خارجاً ويفقد الصقل ملاحه الكلسية · فاجتنابا لهذا المحذور فكر بعضهم في جمع الصفراء وتعقيمها بطريقة تندال وتجريعها للمريض وقد جنوا في بدء عملهم فوائد حسنة غير ان التجربة دلت على ان الكلاب

المعالجة بهذه الطريقة تموت بعد ٤٨ ساعة فاهملت ٠

ورغب بعضهم في مفاغرة القناة الجامعة بالاثني عشري خلف العفج (الاثني عشري) وهي عملية صعبة الاجراء و بعيدة عن المنطق لان العاصرة تكون قد حذفت بيد انها هي التي تمنع الجراثيم عن العودة ٠

وقد ارتاى بعضهم اجراء التحفيض الداخلي خلال الاثني عشري بعد ادخال انبوب في شق القناة الجامعة غائص حتى قطعة الاثني عشري الثالثة ٠ فان مسبار دوفال يجتاز المجل في الاسفل اولاً ثم يدخل طرفه العلوي في القناة الكبدية بعد اجراء شق مناسب ٠ ويخاط على هذا المسبار ويرمم الخلب فلا تطرأ عوارض تالية مطلقاً ٠

ولكن متى كانت الصفراء متقيحة كان التحفيض الخارجي مفضلاً ومتى كانت المرارة مريضة وجب استئصالها غير ان الاستئصال يزيد العمل الجراحي خطراً وعليه كان ابقاء المرارة وخزعها فقط متى قضت الضرورة بذلك كافياً ٠ ومهما يكن الامر فلا يجوز ان تهمل الاعتناءآت بعد العمل الجراحي بل يجب ان تراعى مراعاة دقيقة ٠ فيجب ان يدفأ هؤلاء المرضى جيداً وان يعطوا الماء الذي فقدوه والسكر وتجتنب الحموضة وغير ذلك ٠

ومتى روعيت جميع هذه الامور كان معدل الوفيات في خزع القناة الجامعة متى لم يكن المريض ميروقاً ٢٧ بالمائة ومتى كان ميروقاً ولم يحضر قبل العمل الجراحي ٣٠ بالمائة ومتى كان ميروقاً ومحضراً ٩ — ١٠ بالمائة ٠ « دوفال »

واسباب الموت العادية بعد العمل الجراحي هي التعفن العام المستمر على الرغم من تحفيض المجاري الصفراوية وقصور الكبد الحاد (يرقان وخيم ، ابالة)

والانزفة التي يكون ظهورها مناسباً بكثرته للوقت الذي مر على المريض بعد ظهور اليرقان والعمل الجراحي · فيجب اذن ان يكون العمل باكراً ما امكن وان يحضر الميروقون قبل بضعهم اذا كنا نرغب في تحسين احصاآتنا ·

اما النتائج البعيدة فحسنة : لان الاستنشاق في اثناء العملية (بوشه) والتحفيض الذي يسمح للحصى الصغيرة بالمرور في الايام المقبلة ينقصان عدد النكس المسبب عن الحصاة التي لم يعثر عليها في اثناء العمل الجراحي ·

ولست ارى بداً قبل انهاء هذا البحث من ان اذكر العارضة التي قد تصيب المجرى الصفراوي الاساسي وطريقة اجتنابها · فقد يضطر الجراح في بعض الحالات الصعبة الى استئصال المرارة قبل خزع القناة الجامعة ·

فاذا كان استئصال المرارة مجرياً من الامام الى الوراء كان العثور على القناة الجامعة وهي تسير منحرفة واقعاً وشقها شقاً معترضاً ممكن الوقوع الامر المفضي الى تضيقها وحدوث يرقان تالٍ ·

فمتى شد قعر المرارة لكي تجر القناة المرارية جرّ معها جدار القناة الجامعة الوحشي فاستطاع المنقاش مسكها مع تلك · فاذا شفي ما اضاعته القناة الجامعة من نسيجها كانت ندبة فتضيق ·

واذا شدت المرارة شداً عنيفاً جرت القناة الجامعة كالمهاز ومتى قطعت القناة المرارية قطعت القناة الجامعة معها قطعاً معترضاً ·

واذا استئصلت المرارة من الوراء الى الامام استئصالاً حسناً فقد يحدث ان اسنان المنقاش تتجاوز الحافة العليا للقناة المرارية فتقرص القناة الكبدية ·

فمتى حدثت عارضة كهذه وفقدت القناة الجامعة او الكبدية بعض نسجها

وجب التحفيض الخارجي بوضع احفوض في القناة الكبدية وخياطة الجرح ·
ولكن ما العمل متى قطعت القناة الجامعة قطعاً معترضاً تاماً ؟ في ذلك طريقتان:
١ – فاما ان يكون القطع قليل الاتساع فتستطاع خياطة هذه القناة بعد وضع احفوض داخلي فيها فيكون الاحفوض كمستند للقناة ·
وقد بنيت هذه الطريقة على الخاصة التي تتصف بها المجاري الصفراوية وهي سرعة الترمم واحتمالها لانبوب المطاط ·

٢ – واما ان يكون القطع متسعاً فتفاغر : أ – القناة الجامعة بالمعدة وهي طريقة صعبة الاجراء غير ان فوائدها جليلة · ب – خياطة الطرفين بعد ادخال مسبار في القناة وسد الثلمة بوريقات الثرب فتترمم القناة جيدا ·

وهاتان الطريقتان مستعملتان في الحالات النادرة التي تستدعي استئصال المجاري الصفراوية العريض لضيق طرأ عليها او لسرطان اصابها ·

ج – والوسيلة الاخيرة هي تطعيم قطعة وريد وقد دل الاختبار على ان النتيجة القريبة حسنة غير ان النتيجة البعيدة سيئة ·

وصفوة القول ان آفات المجاري الصفراوية تعالج في الغالب معالجة دوائية غير انها تستدعي في بعض الاوقات معالجة جراحية · وان هذه المعالجة تكون حسنة النتيجة كلما بكر في اجرائها · فلو استئصلت المرارة المريضة في بدء مرضها لكان العمل الجراحي بسيطاً والوفيات لا تعادل اكثر من ١ – ٢٠٠ ولما وقعت حصاة ووقفت في القناة الجامعة · واما متى وقعت الحصاة في القناة الجامعة وحدث التعفن فالخطر يشتد ومعدل الوفيات يعلو الى ٢ – ٣٠ في المائة ·

واذا اخر العمل الجراحي كثيراً تأذت خلية الكبد تاذياً شديداً وكان

المريض عرضة لتعفن جديد يضاف الى حالته السابقة ٠

واننا متى رأينا باعيننا الخطر العظيم الذي يتهدد المصاب بحصاة سدت قناته الجامعة ومتى ابصرنا زوال هذا الخطر بعد خزع قناته واستئصال الحصاة في الوقت المناسب واستمرار هذا الشفاء قلنا مع لاسان ان خزع القناة الجامعة مفخرة من مفاخر الجراحة الحاضرة فعلى الاختصاصيين بالامراض الباطنة الذين يرون هولاء المرضى قبل الجراحين ان يقدروا العمل الجراحي قدره.ويقنعوا مرضاهم بعد ان يشخصوا مرضهم بالاسراع الى المعالجة الجراحية لان نجاحها متوقف على التبكير في اجرائها فكل حصاة في المرارة ثبت تشخيصها وكل حصاة في القناة الجامعة شك فيها تستدعي المعالجة الجراحية الباكرة ٠

الجراحة في سياق السنة ١٩٢٧

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

الرأس والعنق

١ً — معالجة دمامل الوجه : ما من يجهل الخطر الذي يستهدف له المصاب بدمامل الوجه ولا سيما الشفة العليا · وقد انقسم الجراحون في معالجة هذه الدمامل قسمين منهم المحبذ للمعالجة الجراحية ومنهم المفضل للمعالجة الدوائية ويظهر ان كفة المعالجة الدوائية قد رجحت وان ترك المبضع جانباً في معالجة هذه الدمامل خير من استعماله وان الاستدماء (hémothérapie) هو انجع المعالجات

٢ً — معالجة بعض ادواء ذئب الوجه الجراحية : يشير مور باستئصال ادواء الذئب المتسعة التي تتجاوز ٨ — ١٠ سنتمترات وتعصي المعالجات العاديـة ولا سيما متى لم يكن للمريض متسع من الوقت لمعالجتهـا المعالجات الاخرى الطويلة المدة و يشترط في الاستئصال ان يبقى الجراح بعيداً في شقه عن منطقة الورم وان يعالج داء الذئب في الزمن الذي لا يسير فيه سيراً حاداً وان يعتني الاعتناء الشديد بقطع النزف و يطعم السطح العاري الناجم من العمل الجراحي بطعوم بشرية ادمية فيشفى المريض شفاءً تاماً والنتائج حسنة ·

٣ً — سرطان اللسان : اتفقت اراء الجراحين في هذه الاونة الاخيرة على معالجة سرطان اللسان بازمنة ثلاثة :

معالجة الورم باشعة الراديوم ، واستئصال العقد البلغمية استئصالاً جراحياً وتوجيه الاشعة المجهولة الى المنطقة المبضوعة · ويشير جانناي باستئصال العقد بالمكواة النارية وليس بالمبضع لانه اضمن و يقي المنطقة النكس ·

غير ان طرز هذه المعالجة ليس القاعدة المطردة في جميع الحالات فقد اشار رغو باستئصال القروح التي يشك في طبيعتها السرطانية استئصالاً جراحياً وكذلك القول في الحوادث التي لم تنجع فيها اشعة الراديوم اذا كانت الجراحة لا تزال قادرة على استئصالها لان معالجتها بالراديوم مرة ثانية اقل فائدة من المرة الاولى ٠

٤ً — معالجة الجدرة الجحوظية الجراحية: عالج هذا الموضوع مورو في جمعية الجراحية في بلجكة وتستنتج من بحثه الامور التالية :

١ — ربط الشرايين الدرقية قد اهمل امره كمعالجة شافية ولا يزال معمولا به كزمن اول لاستئصال الغدة الدرقية ٠

٢ً — قطع ثلاثة ارباع الغدة او خمسة اسداسها ليس باكثر خطراً من قطع نصفها وهذا القطع القسمي هو الطريقة الفضلى لان ثلثي الجدر الجحوظية وجميع الجدر التي انقلبت جحوظية يجب ان تعالج هذه المعالجة وشفاؤها يعادل ٨٥ بالمائة ٠

٣ً — المعالجة المحضرة باليود اساسية لانها انقصت الموت الى ١ — ٢ في المائة

٤ً — التبكير في المعالجة عامل كبير في النجاح ٠

٥ً — قد اهملت العمليات المجراة على الودي لان نتائجها أحط من نتائج العمليات المجراة على الغدة الدرقية ٠ ومعاينة المريض معاينة دقيقة قبل التوسط الجراحي امر كبير الاهمية فلا يجوز ان يمس المريض ما زال نبضه ١٣٠

غير ان بعض الجراحين لا يحفلون كثيراً بما اورده مورو و يقطعون الودي في الجانب الواحد او الجانبين معاً ولا سيما متى كان عرض الجحوظ متغلبا والغدة الدرقية غير ضخمة ضخامة صريحة ٠

غير ان المذكرة المفيدة التي اعلنها ملشيور وحلل بها المشاهدات في

سريريات غوتنر منذ ثلاثين سنة مقابلاً بين نتائج قطع الودي والاستئصال القسمي دلت على تفوق الاستئصال ·

٥ — معالجة الجدرة العادية يستنتج من المقالة الممتعة التي نشرها بارار وبناها على ١٦٠٠ حادثة ان المعالجة الدوائية يجب ان تسبق المعالجة الجراحية وكثيراً ما تكون كافية متى احسن استعمالها وثوبر عليها مدة طويلة · ولكن متى مرت ستة اشهر او سنة ولم تثمر المعالجة الدوائية يجب ان يتولى الجراح امر هذه الجدر · ويأسف بارار للوهم المستولي على بعض الاطباء ولاعتقادهم بان استئصال الغدة القسمي او استئصالها التام (وهو امر ممكن في كثير من الحالات) عملية خطرة جداً مع ان الوفيات لم تتعدَّ في احصاء بارار ٣ من ١٦٠٠ عملية وينهي بارار مقالته بهذه الجملة :

لنترك اشعة الراديوم والاشعة المجهولة جانباً في معالجة الجدر السليمة ·

الجذع ، القلب

١ — سرطان الثدي: ما من يجهل ان سرطان الثدي سرطان خبيث وبرهاننا على ذلك الاحصاآت العديدة التي اوردها الجراحون فاحصاء ويرد عن ٤٧٦ حادثة يثبت ان مريضاته قد مات منهن خلال عشر سنوات بعد اجراء العملية ٣٩٥ وان موتهن كان بمعدل ٩٣ بالمائة من نكس طرأ عليهن ·

ويلفت (ويرد) الانظار الى اهمية العقد الضخمة في الانذار الجراحي فان المريضات تطول حياتهن عشر سنوات واكثر متى لم يشعر بعقدهن بما يعادل ٢٠ بالمائة بيد ان هذا المعدل يهبط الى ٥ بالمائة متى كانت العقد ظاهرة ·

ولنوع سرطانات الثدي النسيجي الاهمية الكبرى في الانذار ايضاً وقد بين هذا الامر باسهاب دلبه فعلي من يرغب في الاستزادة من هذا الموضوع ان

يطالع المؤلف الذي وضعه دلبه ومندارو عن سرطانات الثدي .

والتبكير في التشخيص كبير الاهمية ايضاً لان عليه يتوقف النجاح في المعالجة وقد احسن شوارتز ولوسان بلفتهما الانظار الى بعض آفات الثدي التي يشك في طبيعتها السرطانية وبنصحهما بجس الثدي واليد منفتحة ليعرف قوام الورم وما اذا كان عالقاً بالغدة او متحركاً عليها وما اذا كانت الغدة نفسها ثابتة ام متحركة فمتى جس هذا الورم وكان شك في طبيعته وجبت معاينته شهراً بعد شهر . فاذا كان هناك احتقان في بعض الفصوص او الفصيصات عادت الغدة بعد مدة الى مرونتها وزال الورم واما اذا كان الورم سرطانياً بقي الورم وازداد انتشاراً غير ان بعض الجراحين لا يجارون شوارتز في انتظاره بل يفضلون متى وقع الشك استئصال الورم جميعه او بعضه وفحصه فحصاً نسيجياً .

٣ — جراحة القلب : اذا كانت خياطة القلب قد راج امرها وعرفت منذ زمن ليس بالقصير واذا ذكرت مشاهدات جديدة من آن الى آخر في الجمعيات والمؤتمرات مثبتة نجاح هذه العمليات فليس الامر كذلك في النتائج الوظيفية البعيدة التي لم تعرف حتى الان حق المعرفة ولهذا حق لنا ان نعود الى احصائين روسيين لاظهار هذا الامر فكلاهما متفقان على ان ٨٠ — ٩٠ بالمائة ممن خيطت قلوبهم لم يصابوا في حياتهم المقبلة باقل تشوش قلبي حين التخدير اوالمرض او التعب . فان القلب يستعيد وظيفته على الرغم من كثرة لتصاقات عضلته بتأموره وضخامته وتوسعه وانحرافه .

اما الآفات المصراعية فنادرة . وما العواقب السيئة المعادلة لخمسة بالمائه الا نتيجة التصاقات متسعة او وهن الندبة او تكون ام الدم .

ولا بد لنا من ذكر حقن باطن القلب بالكظرين وان يكن هذا الامر اكثر علاقة بالتخدير منه بجراحة القلب وقد دافع عن هذه القضية توبه دفاعا مجيداً ويظهر ان استعماله قد عم وانتشر وكانت فوائده جسيمة وقد تحققناها بنفسنا لاننا استعملناه مرتين في غشي القلب التخديري فكان النجاح حليفنا وقد نشرنا هاتين المشاهدتين في مجلة جمعية الجراحة في باريس وفي مجلتنا هذه .

المعدة

معالجة القرحة البسيطة : دار حول هذا الامر جدال عنيف فمنهم في جانب استئصال القرحة ومنهم في جانب المفاغرة المعدية المعوية ويظهر ان القضية الاولى قد تغلبت على الثانية .

فمن دعاة الاستئصال نذكر دلور ومالهغوي وفاشه الذين يستأصلون جميع قروح الانحناء الصغير حتى الملتصقة منها ثم يجرون مفاغرة المعدة بالامعاء احتياطا .

ومنهم ايضا بيرغفلد الذي درس جميع العمليات التي اجراها ريشل من سنة ١٩٠٧ — ١٩٢٢ واستنتج منها ان استئصال القرحة الواسع هو العملية الفضلى . وقد هبط معدل الوفيات بعد هذا الاستئصال من ١٢ = ٣ بالمائة وعلا معدل الشفاء الحقيقي (الفسيولوجي) التام الى ٩٤ بالمائة .

ويشير فريدمن باستئصال قسم كبير من المعدة لان به يمحى سطح واسع مفرز ويقل الحامض الكلورهيدريك الحر فهو يقطع ١٣ سنتمتراً من الانحناء الصغير و ٢٨ من الكبير

ويقول فرابلاي بعد تتبع ٦٧٦ من مرضاه ان القطع لا يعلو معدل الوفيات فيه عن مفاغرة المعدة بالامعاء اكثر من نصف بالمائة مع ان نتائجه تفوق نتائج تلك كثيراً .

العصب البصري مستضغط (مانومتر)

المائع الدماغي الشوكي

للحكيم اديب سردست

اذا فحص مقطع معترض من جـذع العصب البصري مقتطع من بـعد سنتمتر واحد خلف المقلـة يرى المنظر الآتي : يوءلف الجذع العصبي حبلا كثيفا ثخنه نصف سنتمتر أو أقل محاطا بغشاء رقيق مغلف فيه عدد من الاوعية يسمى الام الحنون ، ويتلوه خلاء يدعى الخلاء الـدماغي الشـوكي أو تحت العكبوتية، لان الغشاء العنكبوتي كما لا يخفى يتألف من وريقتين حشوية وجدارية (كما هو الامر في المراكز العصبية الاخرى) وتنطبق الوريقة الجدارية انطباقاً وثيقا على الوجه الباطن لغمد قوي (الام الجافية) وتوافق هذه السحايا الثـلاث المغلفة للعصب البصري سحايا المركز تمام الموافقـة وما هي في الواقع سـوى استطالات منها .

ونرى في مقطع العصب البصري حسب محوره الامامي الخلفي أي في مقطعه المستطيل ايضا ان السحايا الثلاث توءلف سلسلة اغماد يكتنف بعضها الآخر وتكون ثلاثة اكمام للجذع العصبي . فهذا المقطع يساعدنا على درس كيفية الانتهائين الامامي والخلفي في هذه الغمود ففي الوراء تنفتح هذه الاغماد رأسا في الاخلية بين السحايا لجوف القحف لان السحايا الدماغية تكمل السحايا البصرية . وفي الامام تنتهي هذه الاغماد على عكس تلك بملامستها لطبقة العين الصلبة .

ويشبه هذا الغشاء الصلب نوعاً من الصفاق وهو الطبقة الظاهرة في المقلة والقشرة

المتينة التي لا تتبدل فمتى بلغتها السحايا سلكت طرقا مختلفة :

فالام الجافية وهي ليفية كطبقة المقلة الصلبة تتحد بها لتدعم قوة الاتصال والمتانــة بين العصب البصري والمقلة . والام الحنون تضيع في تشعبات العصب البصري الانتهائية والغشاء العنكبوتي تتحد وريقتاه لتوءلف رتجا حيث الهامش الدوراني يحيط بنقطة دخول الجذع العصبي في القشرة الخلوية .

والخلاء العنكبوتي ينتهي برتج دائري حول الحليمة البصرية .

يلخص : ان العصب البصري منذ مبارحته للقحف من الثقب البصري حتى كرة العين محاط بغمد سحائي مثلث، في احدها (الخلاء تحت العنكبوتية) طبقة رقيقة من المائع الدماغي الشوكي الصافي موءلفة للكم المائي حول الجـذع البصري ويتصل هــذا الكم في الوراء اتصالا حراً فاذا طرأ سبب وارتفع توتر المائع الدماغي الشوكي ازداد التوتر في الكم المائي حول العصب البصري (الا في بعض حالات نادرة) ويناسب ارتفاع التوتر هذا ازدياد حجم المائع، فتشاهد اذاً تحولات شديدة خاصة في جهة العصب البصري .

فاوعية العصب البصري المركزية النافذة في الجذع البصري على بعد سنتمترين خلف العين ، عقب اجتيازها للاغماد البصرية الثلاثة السحائية تختنق في مسيرها خلال الاخلية تحت العنكبوتية ، وينتج من هذا ان طرفها الانتهائي مضيق للشريان وموسع للوريـــد و يرى بمرآة العين ان الشرايين (تشعب الشريان المركزي) متضيقة والاوردة الشبكية (تنصب في الوريد المركزي) متسعة للغاية وقد تنقطع في بعض محال فتتدفق منها عدة اندفاقات خفيفة كانهـــا الشرر او انزفة حقيقية .

ولا يشعر بصعوبة الدوران الراجع في الاوعية المركزية وشعبها فقط بل يضخم الجذع العصبي نفسه ويتوذم مرتشحا ارتشاحا خلاليا ويزداد حجم الحليمة فتعرض وتبرز كانها زرناتي في قعر العين على سطح الشبكية ويطلق على هذه الحالة الركود الحليمي او الوذمة الحليمية فالركود الحليمي الحقيقي ينشأ من تأثير آلي لان الضغط في اغماد العصب يعوق الدوران الراجع كما يحدث متى شد حبل حول جذر احد الاطراف فعاق الدوران الراجع وتوذم الطرف ·
ويفهم مما تقدم ان هذه الصعوبة الالية الصرفة لا تضر ضرراً جسيماً بالالياف العصبية ، لان الطاقة البصرية والساحة البصرية تبقيان زمناً طويلاً طبيعتين او تكادان فالركود الحليمي والحالة هذه اذا لم يدقق الطبيب في فحصه والتفتيش عنه يبقى مستتراً مع انه اداة مفيدة في التشخيص ·

ولا بد من معرفة هذه النقطة الرئيسة وتحريها في الافات الدماغية السحائية او الدماغية النخاعية او جميع التفاعلات السحائية الحادة والمزمنة او في الآلام الرأسية المستعصية او في الدوار · ومتى طال الوقت على الالياف البصرية تتعب لتشوش تغذيتها فتستحيل بسرعة · فان العصب البصري الذي احتمل هذا المضض سنة او اكثر قد يصاب بالاستحالة بعد عدة اسابيع فتبدو اختطافات موقتة تنذر بسوء المصير فاذا لم يتوسط توسطاً سريعاً كان العمى المطبق ·
فالعصب البصري اذاً مستضغط حساس ينبئنا بتوتر المائع (الا في بعض حالات استثنائية) فلا يجوز ان يترك ليختنق لانه يستحيل بسرعة دون ان ينبه ·

· · · ·

اختطافات الرؤية نذيرة
بالركود الحليمي

يشعر المريض بان حجاباً قد سدل فجأة على الاشياء الثابتة المحيطة به وعمّ الساحة البصرية جميعها وتنجم هذه الاختطافات الموقتة التي تستمر ٥ — ١٠ — ٢٠ — ٣٠ ثانية وتتكرر ١٠٠ — ٢٠٠ مرة في اليوم من تشنج الشرايين المنضغطة المخنوقة بالوذمة الحليمية . ودليلنا عليه : الحليمة البارزة في قعر العين المنتبجة والاوعية الغارقة في الوذمة الناجمة من ضغط العصب البصري وصعوبة الدوران الراجع .

والسبب في الغالب ورم دماغي خبيث أو سليم أو خراج دماغي ، وكثيراً ما يكون التهاب السحايا المصلي المزمن الزهري المنشأ .

وترافق وذمة نسيج العصب البصري رؤية جيدة . فالقدرة البصرية تبقى طبيعية مدة طويلة . يذكر شالوز (Chaillous) حادثة بقيت فيها الطاقة البصرية بعد ثلاث سنوات من مبدإ ظهور الركود طبيعية ، فثبات الوظائف البصرية هو اذاً القاعدة في انضغاط العصب البصري ، وهذا ما يساعدنا على تمييز الوذمه الالية الصرفة التي تصيب العصب البصري (وهي ما ندرسه هنا) وتنجم من ازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي ، عن الوذمة التي ترافق احياناً التهاب العصب البصري او وذمة العصب البصري الالتهابية والفرق بين هاتين الحالتين المرضيتين كالفرق بين وذمة الكعبين الناجمة من ضغط واقع فوقهما والوذمة الالتهابية الناجمة من التهاب الاوعية البلغمية اذاً يبقى العصب البصري مدة طويلة قائماً بوظيفته رغم الضغط الواقع عليه غير انه يأتي يوم يستحيل فيه العصبان البصريان (نقول العصبان لان

الاستحالة تقع في الجانبين وان تكن متفاوتة الشدة) فجأة وسريعاً فتؤدي استحالتها الى العمى المطبق بعد عدة اسابيع وهذا منتهى الخطر لان كثيرين يكونون مصابين بركود حليمي (شخص ركودهم ام لم يشخص) وتظل رؤيتهم جيدة مدة طويلة . ثم انهم يفقدون البصر بعد ايام قلائل فبعد ان درس كانتونه هذه الحوادث وحللها استنتج ان العرض المنذر بالخطر في الركود الحليمي هو اختطافات الرؤيا (obnubilations) الدالة على اختناق الحليمة وهي وحدها كافية للتفكير في الركود .

ويضع كانتونه هذه المعادلة: صداع شديد وخيم + اختطافات رؤية موقتة = ركود حليمي . ويتحقق التشخيص بالمعاينة بالمرآة وبالاعراض الاخرى: بطوء النبض، اقياء دماغية ، غثيان ، انعكاس الفعل المنعكس العيني القلبي ، دوار . ولا تبدو هذه الاختطافات في ادوار الركود الابتدائية بل تبدو متى بدأ العصب البصري يتألم من الاختناق وربما اشتدت اشتداداً تدريجياً من يوم لآخر فيدل هذا ان الدوران المعيض في باطن الجذع العصبي قد انقطع .

فاختطافات الرؤية كبيرة القيمة في الانذار فهي تدل ان العصب بلغ الحد الاقصى من الاعاضة الدورانية وانه اذا لم يعالج استحال استحالة سريعة لا شفاء منها ، فهي صوت الاستغاثة الذي يبديه العصب والعلامة القاطعة بوجوب التوسط لان كل تأخر ولو ثمانية ايام يعرض الشخص للعمى .

المعالجة : هي تخفيف الضغط ببزل القطن واستخراج المائع وفحصه فحصاً خلوياً مصلياً وكيميوياً ، وحج الجمجمة (trépanation) بعد التخدير الناحي دون فتح الام الجافية توسط سليم العاقبة ، واذا كان ورم خبيث ، بقي

متابعاً سيره غير ان الرؤية تبقى سليمة ردحاً من الزمن (عدة اشهر)، واذا كان الورم سليماً حفظنا الرؤيـة بتوسطنا واستأصلنا الورم، واذا كان خراج دماغي يفرغ. او كان التهاب السحايا المصلي الزهري، وهو كثير الحدوث، ننجي العصبين البصريين ونحـو الالام الرأسية وسائر التشوشات الاخرى الناتجة من الضغط ريثما تكون المعالجة العامـة قد تمكنت من التغلب على العفونة الزهرية



تقويم البشير عن سنة ١٨٢٩

اهدى الينا حضرة الاب لويس معلوف اليسوعي مدير جريدة البشير تقويم هذه الجريدة عن سنة ١٩٢٩ وما ان قلبنا صفحاته وارسلنا النظر في ما استوعبه من المباحث والحقائق حتى ادركنا مبلغ الجهد الكبير الذي بذله حضرة الاب المشار اليه . في تأليف تقويمـه وما عاناه من المشقة وما انفقه من الاوقات في المطالعـات الطويلة التي لا بـد منها في استقاء الحقائق الراهنة وجمع المعلومات القيمة التي يطفح بها هذا التقويم الثمين •

فنشكر للاب المعلوف هديته النفيسة ونثني على همته الكبيرة وعلمه الغزير ونحث كل اديب على اقتناء تقويم البشير .

الاستقصاء في الاحليل

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يستحسن ان توءخذ قطرة من مفرز الاحليل وتمد على صفيحتي زجاج قبل ان يبول المريض وترسل الصفيحتان الى المخبر فتعاين الاولى معاينة مقصودة والثانية حسب طريقة غرام ·

ثم يبول المريض بحضور الطبيب ويفرغ مثانته جيداً في اقداح ثلاثة فينظر الطبيب فيها و يبتدىء حينئذ بمعاينة الاحليل · وتستدعي هذه المعاينة متى كان الطبيب راغباً في ان يجني منها الفوائد المطلوبة بعض المعلومات التشريحية والخلقية (الفسيولوجية) التي يتصف بها هذا المجرى ·

يبتدىء الاحليل عند عنق المثانة و ينتهي عند صماخ البول · وقطعته الاولى فقط بولية وتناسلية في آن واحد منذ الارتفاع الجبلي وهذا يعلل لنا انتشار آفات الاحليل الى جهاز البول (التهاب المثانة) والى جهاز التناسل (التهاب البربخ)

و يقسم الاحليل من الوجهة السريرية قسمين احليل امامي واحليل خلفي يفصلهما الصفاق المتوسط والعاصرة المخططة · وهو موءلف من ثلاث قطع متجهة اتجاهاً مختلفاً ·

١ — القطعة الممتدة من المثانة الى حافة وصل العانة السفلي وهي مائلة الى الاسفل والامام وثابتة ·

٢ً — القطعة الممتدة من حافة الوصل السفلي حتى جذر القضيب ٠ وهي مائلة الى العالي والامام وثابتة بعض الثبوت ٠

٣ً — القضيب وهو متحرك ومدلى متى كان مسترخياً ٠

واجتماع هذه القطع الثلاث يوءلف زاويتين : احداهما مفتوحة في العالي والامام تحت العانة والثانية مفتوحة في الاسفل والوراء امام العانة او الزاوية القضيبية ٠ وهذه الزاوية تنفرج متى انعظ القضيب او في اثناء القثترة حتى انها تمحى بتاتاً فتعود قطعة القضيب المتحركة في اتجاه قطعة الاحليل الثابتة ٠ وزاوية ما تحت العانة اثبت من رفيقتها ومدورة ومناسبة للناحية الغشائية، النقطة الاكثر ثبوتاً من الاحليل التي يدور عليها محور تقويم الاحليل متى ادخل فيه مسبار معدني ٠

وتبديل هذه الاتجاهات في الاحليل ممكن الاجراء في احليل سليم غير انه مستصعب لا بل متعذر في احليل مريض ولا سيما في ضخامة الموثة

طول الاحليل : يختلف من ١٥ — ١٨ سنتمتراً وهو يطول مع العمر وفي ضخامة الموثة وربما طال كثيراً غير ان قياس الاحليل لا قيمة له في الممارسة لان القسم المتحرك منه يتمدد متى شد ٠ فيجب ان يعاين الاحليل منطقة منطقة اي الاحليل الامامي والاحليل الخلفي لا حسب عدد سنتمتراته ٠

قطره : ليس واحداً في جميع اقسامه فان فيه متى كان سليماً ثلاثة تضيقات :

١ً — الصماخ ٢ً — عنيق البصلة والقطعة الغشائية ٣ً — فوهة المثانة ٠

وان توسع رتج البصلة الذي يتقدم العنيق هو النقطة الاكثر تعرضاً للطرق الكاذبة لان الالات تخفضها وتلتف بها وهي واقعة في الجدار السفلي للاحليل فيجب والحالة هذه ان يبقى القاثاتير ملامساً للجدار العلوي ٠ والعائق

الاساسي الذي يعوق المسبار عن الدخول هو القطعة الغشائية التي تستحق بان تسمى صماخ الاحليل الخلفي ·

وقطر الاحليل العادي المتوسط ١٥ — ١٨ ملمتراً فمتى كان قطر القاثاتير ٥ ملمترات (اي رقمه ١٥) مرّ دون ان يوسع الاحليل وتوقف فقط حذاء الاحليل الغشائي المنغلق انغلاقاً طبيعياً · ومتى كان قطر المسبار ٩ ملمترات مرّ ايضاً بسهولة في احليل سليم ·

وتتبدل مرونة الاحليل تبدلاً شديداً في حالات المرض فلا يتوسع توسعه في حالة السلامة ·

ويغطي باطن الاحليل غشاء مخاطي غني بالغدد المخاطية وتحت المخاط (غدد ليتر) وهذه الغدد تفرز في حالة السلامة مخاطاً يبلل اعضاد الاحليل ويسهل تزلقها وهي اول ما يصاب بالالتهاب بعد ان يلتهب الاحليل · ويستمر الالتهاب فيها مع انه يزول من اقسام الغشاء المخاطي الاخرى · وتنفتح في الرجل ايضاً اقنية غدد كوبر · ويرى في الناحية الموثية على الجدار الخلفي السفلي الارتفاع الجبلي الذي تنفتح في قنته القُرَيبة الموثية والى جانبيها فوهتا القناتين الدافقتين ·

ويستند هذا الغشاء المخاطي ككل غشاء مخاطي الى مشيمية تتصف بهذه الخاصة وهي اتصالها بالنسيج الوعائي الكثير المحيط بالاحليل · فينجم من ذلك ان العفونة مهما كانت صغيرة تتصف بحرارة عالية او بحمى بولية او بفلغمون وخيم حسبما تكون الذيفانات او الجراثيم خفيفة الفوعة او شديدتها ·

وجدار الاحليل الجراحي هو الجدار العلوي الذي يترتب على الطبيب اتباعه في القثترة اجتناباً للطرق الكاذبة وهو ما يقطع متى كان الاحليل ضيقاً تحاشياً للنزف

لان طبقة النسيج الناعظ فوق الاحليل رقيقة لا يعبأ بها وهو الجدار الاقل تزلقاً مام المسبار الضاغط ·

وللاحليل عاصرتان : ١ً – عاصرة ملساء وهي حلقة عضلية واقعة عند اتصال الاحليل بالمثانة ٢ً –عاصرة مخططة تختلط اليافها السفلى بالصفاق المتوسط حذاء الاحليل الغشائي · وهذه العاصرة هي الحد الفاصل بين الاحليلاين الامامي والخلفي · فاذا قطر احد المحاليل في الاحليل الامامي امام العاصرة عاد الى الصماخ واما اذا قطر منه خلف العاصرة فلا يعود المحلول الى الصماخ واذا نزف الاحليل الامامي خرج الدم من الصماخ واما اذا نزف الاحليل الخلفي فينصب الدم في المثانة · وتنصب مفرزات الاحليل الامامي من الصماخ واما مفرزات الاحليل الخلفي فلا تخرج الا مع البول او بآلة تفتح العاصرة وتفتح هذه العاصرة ايضاً في اثناء التغوط (السيلان الموثي)

ومتى مست الكرة المستقصية الناحية الغشائية شعر المريض بمضض واما متى مست الاقسام الاخرى من الاحليل فلا يشعر بهذا المضض ·

واننا بعد ان ذكرنا هذه النقاط الخاصة التي لا بد من معرفتها لاتقان العمل الذي سنتكلم عنه نمر الى الكلام عن الاستقصاء

غير انه يحسن بالطبيب قبل ان يدخل مسباره ان يعاين ويجس الصماخ ، والصفن والخصيين، والحبل المنوي ، والعجان ليتحقق ما اذا لم تكن احدى هذه النواحي او احد هذه الاعضاد مصاباً بآفات خاصة : سيلان ، تضيق امامي (phimosis) ، تقرحات ،ناميات، نواسير ، دوالي الصفن ،انتباجات موضعية ، تمزق الاحليل والخ · ويجب ان تتحرى ايضاً العقد الاربية (الفئة العليا الانسية)

وان يجس البطن ليعرف ما اذا كانت المثانة متمددة بالبول لاسر اصاب المريض

قثترة الاحليل الاستقصائية : فيها ثلاثة شروط يجب :

١ً — ان تكون شبيهة بالمس وان يعد المسبار كانه اصبع قد ادخلت في الاحليل

٢ً — ان تعلم القطعة التي وصلت اليها الالة المستقصية

٣ً — ان تشترك بالقثترة اليدان معاً فاليسرى تجر الاحليل وتبدل اتجاهه فهي القوة واليد اليمنى تتصف بالنعومة واللطف للشعور بما تصادفه الآلة في سيرها .

احليل سليم : ان الآلة المعدة للاستقصاء في الاحليـل هي المستقصية الزيتونية الطرف او بالاحرى الهرمية الطرف .

تغسل الحشفة اولاً فالصماخ فالاحليل الامامي بالزراقة او بالمحقنة ليطهر الصماخ .

وطريقة ذلك هي : ١ً — ان يبول المريض

٢ً — ان يكون ضغط السائل خفيفاً فلا ترفع الزراقة اكثر من متر .

٣ً — ان يغسل الاحليل دون اطباق القنية عليه لئلا يرتفع ضغط السائل فجأة في الاحليل ثم تطبق آونة وتبعد اخرى (ثانية فثانية) فيدخل المائع الاحليل ويوسعه توسيعاً تدريجياً حتى يبلغ العاصرة ويلامس الغشاء المخاطي جميعه فيغسله دون ان يحدث اقل ألم .

ويجب ان تكون الادوات جميعها معقمة ويدا الطبيب طاهرتين مغسولتين بالكحول والشعرية او مستورتين بقفازين .

ويبتدأ اولاً بزيتونة كبيرة (٢٠ — ٢٤) ولو عرف الطبيب ان الضيق شديد . ويمسك المسبار باليد اليمنى بعـد طلائه بالزيت ويمسك القضيب مشدوداً شداً لطيفاً باليد اليسري .

وللاستقصاء زمنان : الذهاب والاياب ·

الذهاب : تدخل الكرة صماخ البول بتحريكها حركة دورانيــة خفيفة ثم تساق في الاحليل الامامي ببطوء دون ان يشعر المريض بشيء ومتى وصلت الى العاصرة الغشائية شعر المريض ببعض المضض ويستحسن ان ينبــه لذلك اذا لم يكن قد تقثتر من قبل · ويجب ان يجر القضيب الى العالي جراً شديــداً متى بلغت الكرة هذه العاصرة لكي يُحمى رتج البصلة · وبعد ان يضغط المسبار قليلاً الاحليل المخاطي ينفتح فتدخل الكرة الاحليل الخلفي ·

واذا منعها مانــع عن الدخول سحبت الكرة بلطف ثم جر القضيب جراً عنيفاً وادخلت ثانية فاذا لم تدخل وجب تبديلها ببانيكية كما سنرى ·

وبعد ان تدخل الكرة الاحليل الخلفي تجتازه دون ان يعوقهــا عائق وتدخل المثانة دون ان يشعر بمضض او بمقاومة ·

ومتى اخرجت الزيتونة علق كعبها بالعاصرة الغشائية فيجب التغلب على هذا المائع فمتى كان الاحليل سليماً لم يجد المسبار المستقصي ما يوقفه غير العاصرة الغشائية ·

ويجب ان يعلم الطبيب في كل وقت مكان الكرة المستقصية سواء بجس الاحليل الخارجي في قطعته الاسفنجية او بجس الاحليل او مس الشرج متى كانت في الاحليل الخلفي ·

ومتى كان الاحليل مريضاً : وجب الامتناع عن الاستقصاء في الالتهابات الحادة ومتى كان البول متعكراً في القدح الاول وصافياً في الثاني

ومتى كانت المثانة متوسعة والبول فيها صافياً روعيت في القثترة شروط الطهارة مراعاة دقيقة لان هؤلاء المرضى تتعفن ابوالهم بسهولة ووجب اجراؤها بلطف زائد ·

فبعد ان تغسل الحشفة غسلاً متقناً يغسل الاحليل الامامي كما ذكرنا آنفاً بالزراقة او المحقنة فالاحليل الخلفي متى كانت حالة المريض تستدعي ذلك . ولا يجوز ان تعامل العاصرة بعنف اذا لم تنفتح لان العنف في امراض جهاز البول مضر اشد الضرر . بل يجب ان يشجع المريض ويدعى الى التنفس العميق والى اجراء حركة كما لو اراد البول فيفتح المريض عاصرته بعض الانفتاح ويمر المحلول .

ويمكننا الاستقصاء بالكرة الزيتونية من معرفة ١ً — مضض الاحليل : ليس في الاحليل مضض متى كان سليما الا في ناحية العاصرة فمتى كان الاحليل مصابا بالتهاب مزمن احدثت ملامسة الزيتونة له ألماً خفيفاً او حاداً شبيهاً بالاحتراق

٢ً — حالة جدار الاحليل : مرونته العادية او قلة مرونته ، تضيقات الاحليل الامامي وما اذا كانت مشدودة وصلبة وتستدعي الاستقصاء بمسبار ادق فادق او شمعات خيطية او اذا كانت خفيفة ورخوة تالية لارتشاحات التهاب الاحليل المزمن وتستدعي استعمال مستقصيات غليظة لتدرك (٢٠ — ٢٤) وما اذا كانت التضيقات عديدة كالسبحة والتهابية المنشإ ومسببة في الغالب عن السيلان او كان التضيق مفرداً صلباً مستعصياً على التوسيع وناجماً من تمزق رضي اصاب الاحليل او من عاهة خلقية (كالاجم والحجب)

والاستقصاء في الاحليل الخلفي ١ً — يجمز به المسبار فيعلو وينخفض بسبب حدبيات الموثة متى كانت هذه الغدة ضخمة او مسلولة او مصابة بورم وربما وقف المسبار واضطر الى استبداله بآلات مزوّاة او معوجة .

٢ً — يحدث الاستقصاء نزفاً في التهابات الاحليل المزمنة وفي التضيقات

غير ان هذا النزف أغزر في ناحية الموثة لكثرة الاوعية فيها ·

٣ – يعيد كعب الزيتونة معه مفرزات مخاطية قيحية ·

٤ – يكشف المسبار االاجسام الاجنبية : الحصى ·

البانيكية : تستعمل كاداة للاستقصاء متى كان تشنج فمتى لم يتوصل الطبيب الى ادخال زيتونة صغيرة ولا شمعة دقيقة مع ان الاحليل الامامي سليم لا تضيق فيه كان عليه ان يعزو الامر الى التشنج فيأخذ بانيكية غليظة يستطاع دخولها في الصماخ والاحليل الامامي ويدخلها ومتى وصلت الى العاصرة تغلبت على تشنجها بثقلها او بعد ان يدفع طرفها الخارجي دفعاً لطيفا· فاذا كان هناك تضيق وقفت البانيكية كما وقفت الزيتونة ولم تجتز العائق ·

طريقة ادخال البانيكية . يقف الجراح الى يمين الشخص ويمسك بيده اليسرى قضيب المريض وبيده اليمنى البانيكية ولهذا العمل ثلاثة ازمنة :

الزمن الاول : يشد القضيب نحو الطبيب والى العالي وتدخل البانيكية حتى رتج البصلة ·

الزمن الثاني : يعاد القضيب الى الخط المتوسط حتى يكاد يحاذي جدار البطن باليد اليسرى وتسند اليد اليمنى قبضة البانيكية دون ان تضغطها كأنها تمنعها عن الهبوط فتشعر حينئذٍ ان منقار الالة قد دخل

الزمن الثالث : يخفض القضيب حتى الفخذين متبعا قبضة الالة ويجوز ان يساعد ادخال البانيكية بسندها قليلا في ناحية العجان او بادخال سبابة اليد اليمنى في المستقيم متى لم تدخل البانيكية دخولا كاملا ·

ويجب ان تجرى جميع هذه الاعمال بدون اقل عنف

وتستعمل البانيكية (المستقيمة او المعوجة) ايضـا في جس الاحليل ولا سيما في معاينة غدد ليتر متى كان الاحليل ملتهبا · ويجب ان تكون البانيكيـة غليظة ما امكن نعني بذلك ان تختار اغلظ بانيكية يستطاع ادخالها في الصماخ (٤٠ — ٥٠) فتجر اليد اليسرى الفيشلة الى العالي وتدع البانيكية تهبط مدفوعة بثقلها وتجس انملتا السبابة والابهام اليمناويان جدار الاحليل على البانيكيـة · فمتى كان التهاب احليل مزمن شعر بغدد ليتر محتقنة منتبجـة كانها حبيبات صلبة معادلة لرأس الدبوس او الحمصة الصغيرة ولا تفيد هذه الطريقة للتحري فقط بـل تمرخ هذه الغدد فتخرج محتوياتها فيدعى المريض بعد هذا العمل الى البول ويستحسن ان تكون مثانته قد ملئت سائلا فتخرج المفرزات معهـا ويجمع البول في قدح ويعاين ·

غدتا كوبر: هما غدتان يعادل حجمهما حجم اللوزة واقعتان بين النواة العجانية والبصلة تفرزان سائلا معداً لتزليق الاحليل قبل مرور المني فيه · فمتى التهبتا ظهر في العجان ورم صغير او ورمان جانبيان واذا لم يظهر شيء استطيع جسهمـا بين اصبعين بالمس الشرجي · تجس الغدة اليمنى باليـد اليمنى واليسرى باليد اليسرى ·

وصفوة القول ان الاستقصاء في الاحليل يمكن الطبيب من ادخال الشمعـة دون ان تصادف اقل عائق فيكون قطر الاحليل عاديا

او انها تجتاز الاحليل الامامي دون اقل عائق غير انها تقف عنـد رتج البصلة فيكون المانع الذي منعها عن الدخول ضيق او تشنج في الاحليـل · فاذا لم يخضع المانع الخفيف وجب اخذ بانيكية لمعرفة ما اذا كان التشنج هو السبب

او ان الزيتونة تقف في الاحليل الامامي فيمنعها عن المرور ضيق وقد يمنعها وان نادراً ورم او حصاة او جسم اجنبي فجس الاحليل يكفي حينئذ للشعور به

او ان الزيتونة تقف في الاحليل و يعرف الامر بالمس الشرجي فيكون سبب وقوفها ضخامة الموثة وقد يكون وان نادراً حصاة او جسماً اجنبيا ٠

اما في المرأة فالاحليل قناة قصيرة طولها ٣٠ — ٤٠ ملمتراً منحنيــة الى الاسفل والامام تكاد تكون عموداً ، قطرها المتوسط ٧ — ٨ ملمترات

يستدعي الاستقصاء فيه جعل المرأة في الوضعة التناسلية

فيبدي النظر شكل الصماخ ولونه وما اذا كانت هناك اورام او مرجلات او هبوط الغشاء المخاطي او تقرحات او سيلان صديدي ٠ وغير ذلك ٠

ومتى كان سلس في البول يفتش عن فوهة واحدة او اكثر قد انفتحت قرب الصماخ وكانت متصلة بالحالبين اتصالا شاذاً ٠

الجس : وطريقته ان تدخل السبابة في المهبل ولبها الى العالي فتجس الاحليل بعد ان تستند الى الصفاق المتوسط ووصل العانة فاذا جست السبابة الاحليــل ضاغطة اياه من الوراء الى الامام وكان فيه سيلان بــدت قطرة من الصديد فمددت على صفحة زجاجية وعوينت معاينة مجهرية ٠ والاحليل السليم لين غير انه في السرطان صلب كالخشب ٠

وتجرى القثترة الاستقصائية بمستقصيات مكوفة الطرف ٠ والحذر متى اجري اختبار الاقداح الثلاثة من ان نظن دم الطمث دماً اتياً من مسالك البول ٠

اما اضاءة الاحليل فهي من متعلقات الاختصاصي بامراض جهاز البول

....

الاستقصاء في الموثة (البروستاة)

الموثة هي غدة ملحقة بالاحليل الخلفي غير انها مختصة بالجهاز التناسلي لان السائل الذي تفرزه يمدد المني ·

مقرها في الحوضة تحت المثانة وفوق الصفاق العاني المتوسط وخلف وصل العانة وامام المستقيم ·

شكلها كشاه البلوط (الكستنة) ورأسها مدار الى الاسفل ، وقوامها صلب ، ولها وجه امامي يكاد يكون عموداً املس لا اتلام فيه مجاور للمسكن خلف العانة المحتوي على ضفيرة سنتوريني · ووجه خلفي او مستقيمي منحرف الى الاسفل والامام وفي وسطه تلم يقسمه الى فصين وفي اعلاه ثلمة تهبه منظر ورقة (الكوبا) ويدخل الحويصلان المنويان والاسهران (canaux déférents) هذه الثلمة وامامها بروز يناسب الفص المتوسط الواقع خلف عنق المثانة مباشرة · والقسم المناسب للمثانة خلف الاحليل هو قاعدة الموثة · واما قمة الموثة فمثلومة في الامام وتناسب الفوهة السفلى للاحليل الموثي ·

قياساتها : يعادل ارتفاعها في الكهل ٢٥ — ٣٠ ملمتراً وقطرها المعترض ٤٠ ملمتراً وقطرها الامامي الخلفي ٢٠ ٢.٥ ملمتراً وتحيط بالموثة صفق ومستطالات ليفية توءلف مسكناً لها ·

وحافتاها الجانبيتان مناسبتان لرافعات الشرج فالاحليل الخلفي يجتاز اذن الموثة ويوءلف محوره مع محورها العمودي زاوية معادلة ل ١٥ — ٢٠ ويبقى قسم صغير منها في الامام والقسم الاساسي في الوراء · وغدد الاحليل هي

منشأ الاورام الغدية والقناتان الدافقتان تنحرفان الى الاسفل والامام سائرتين حتى الارتفاع الجبلي حيث تنفتحان الى جانبيه ، والانابيب المفرغة لغدد الموثة تنصب في اتلام الارتفاع الجبلي الجانبية · ويظهر ان لمفرزات الموثة تأثيراً في النطف (الحييوينات المنوية) لانها بيئة ملائمة لتغذيتها وللالقاح ·

الاستقصاء : يستقصى في الموثة ١ً — بقثترة الاحليل ٢ً — بمس المستقيم ٣ً — بالجس اليدوي المزدوج ٤ً — بالمستقصية المعدنية ٥ً — باضاءة الاحليل الخلفي ٦ً — باضاءة المثانة ٧ً — بالرسم الشعاعي ٨ً — بالتشريح ومعاينة السائل المفرز بالمجهر ·

١ً — قثترة الاحليل : ذكرنا حين كلامنا عن قثترة الاحليل ان الشعور بالحديات الكائنة في الاحليل الموثي ممكنة ولهذا نتكلم اولاً عن هذه الطريقة في الاستقصاء لانها تأتي بعد الاستقصاء في الاحليل الامامي وما هي في الحقيقة سوى مس الموثة من الباطن وطريقة اجرائها بالمستقصية الزيتونية الطرف · فبعد ان يجتاز المسبار الاحليل الغشائي يتمكن الطبيب من تخمين طول الاحليل الموثي بدفعه الزيتونة اولاً حتى المثانة وبتعيين النقطة المناسبة لصماخ البول من المسبار المدخل · ثم تجر الزيتونة ببطوء حتى العاصرة الغشائية وقبل ان تجتاز الزيتونة هذه العاصرة تعين النقطة المناسبة لصماخ البول على المسبار فيكون الفرق بين هاتين النقطتين معادلاً لطول الموثة

ويعرف بالكرة ايضاً ما اذا كان الاحليل الموثي مستقيماً او متعرجاً وما اذا كان جداره السفلي مرتفعاً وفيه بعض البارزات الشاذة ·

وربما وقفت الزيتونة قبل المثانة وكان مرورها مستحيلاً فيدل ذلك على

ان الاحليل الموثي مزوى تزويًا شديداً . وكثيراً ما يسبب هذا الاستقصاء مهما أُجري بلطف بعض النزف فيكون الاحليل سريع التمزق وكثير الاوعية

وربما غارت الكرة في رتج كما يصادف في ضخامة الموثة فيجب في هذه الحالة تجنب العنف وإخراج المسبار وادخاله حسب اتجاه جديد .

ومتى كان خراج في الموثة وجب الامتناع عن هذا الاستقصاء لانه مؤلم وخطر . ومتى التهب الاحليل التهاباً مزمناً كان اجتياز الاحليل موءلمًا جداً وهذا دليل على ان الاحليل الخلفي قد اشترك بالالتهاب .

ومتى أُصيبت الموثة بالسرطان كان اجتياز الاحليل الموثي موءلمًا ومحدثًا للنزف وهذا العرض مهم يجب ان يضاف الى العلامات المجتناة من مس المستقيم

٢ — مس المستقيم : يمس المستقيم باصبع قفاز مطلية جيداً بالفازلين و بعد ان تكون حقنت المثانة بمائة وخمسين الى ٢٠٠ سم٣ من الماء المغلى لتكون كنقطة استناد للاصبع الماسة .

ينوم المريض على ظهره وطرفاه السفليان منعطفان على حوضه وساقاه على فخذيه ومبعدتان قليلاً . و يجوز ان يقف المريض وجذعه منعطف على طرفيه السفليين ومذمره (١) مستند الى منضدة وتدخل السبابة ولبها مدار نحو الموثة فتجتاز اولاً قناة الشرج حيث تشعر انها منضغطة ثم تصل الى المحل حيث تعود حرة .

---

(١) المذمر ترجمة (buste) وقد وضع هذه الكلمة العلامة الاب انستاس ماري الكرملي ومعناها الكاهل والعنق وما حوله الى الذفرى فهي تفيد هذا المعنى بكل الافادة وقد وضع لها حضرة اللغوي الشيخ عبد القادر المغربي كلمة سماوة ومعناها أعلى الشخص وسماوة كل شيء شخصه

وتستقصي في المنقار والفصين الجانبيين والخافتين والقاعدة والثلمة المتوسطة فمتى كانت الموثة سليمة ظهرت بالمس كأنها شاه بلوطة او كورقة (الكوبا) ورأسها مدار الى الاسفل والفصان الجانبيان بيضيا الشكل قليـلا البروز يكونان تارة كرويين وطوراً مسطحين ولا يشعر المريض بمضض متى جسا · وقوام الموثة صلب ومرن · غير ان هذه الغدة متى مرضت تبدل شكلها وقوامها ومضضها

الشكل : اما ان يكبر حجم الموثة وتبرز بروزاً متفاوت الشدة في المستقيم فتعود كتلة واحدة او ان فصاً واحداً منها يضخم او فصان معاً ·

ففي التهابها وخراجاتها مع التهاب محيطها تكون الموثة كتلة واحدة بارزة في المستقيم ويكون المس موءلماً جداً ·

ومتى ضخمت (ورم غدي حول الاحليل) كان بروزها نحو المستقيم مختلفاً · فان الورم الغدي متى كان صغيراً لا يبرز بروزاً واضحاً في المستقيم غير انه يكون عائقاً من جهة الاحليل وفي بعض الحالات يبرز الورم الغدي نحو المثانة بروزاً شديدا ولا يكاد يشعر به في المستقيم وطوراً تبرز ضخامة الموثة نحو المستقيم ويختلف شكلها

والموثة تضمر ضموراً خلقياً او مكتسباً كما انها تضخم

القوام : متى ضخمت الموثة كان قوامها جامدا ومتى اصابها سرطان كبر حجمها وكان قوامها صلباً كالخشب وظهرت فيها حديبات قاسية جدا وكان اتساع الغدة اكثر من بروزها · وتظهر الصلابة خاصة عند منقار الموثة · ومتى قدم العهد على السرطان وتجاوز مسكن الغدة الى النسيج المجاور فارتشح فيه كانت الكتلة الصلبة شبيهة بالهلال وتقعرها الى العالي وقرناها مداران الى العالي والوحشي نحو جدار الحوض

وتظهر ايضا في السل عقيدات صلبة كروية اكثر مما هي عليـه فـي

السرطان غير انها اقل صلابة ومندفنة في ملء نسيج لا يزال محافظا على قوامه الطبيعي ويشترك في الصلابة الحويصلان المنويان والاسهران في اكثر الاوقات

والموثة في الالتهاب المزمن كبيرة الحجم وصلبة ايضا غير ان صلابتها اقل وضوحا وليس فيها عقيدات كبيرة . واكثر الافات عند قاعدتها لا في ذروتها وعدا ذلك فتظهر في الغدة تبدلات متى مست حينا بعد اخر .

ومتى أُصيبت الموثة بالالتهاب المزمن وبالضخامة في آن واحد رأينا خراجات صغيرة (التهاب الموثة المتقيح) او تصلبات صغيرة فكان تمييزها عن سرطان في بدء تكونه مستصعبا للغاية .

المضض : متى كانت الموثة سليمة لا يظهر مضض فيها بالجس ومتى ضخمت او أُصيبت بالسرطان لم يكن جسها مولما غير انها متى التهبت كانت موءلمة وألمها مختلف الدرجات منذ الألم الخفيف الذي يشعر به في التهاب الموثة المزمن المتصلب حتى الألم الفائق الحدة في الخراجات .

وعلى الاضبع الماسة ان تفتش عن الحويصلين المنويين فاذا لم تجدهما كانا سليمين .

٣ — الجس اليدوي المزدوج : يجب أفراغ المثانة وانامة الشخص على ظهره ووضع وسادة تحت مقعده . ثم يقف الجراح الى يمين المريض ويدخل سبابته اليمنى في المستقيم ويضغط بيده اليسرى جدار البطن واضعا انامل اصابعه فوق العانة فاذا كان الشخص هازلا جست الموثة باليدين وعرف حجمها وبروزها نحو المثانة

٤ — الفحص بالمستقصية المعدنية : تدخل هذه الالة كما تدخل الالات المعدنية الاخرى السائرة وربما كان اجتياز الاحليل الموثي مستصعبا متى كانت

ضخامة الموثة شديدة ·

لا يجوز ان تخفض قبضة الالة بعنف لئلا يعلق الرتج الموثي بمنقار الالة فيحدث طريقا كاذبا بل يجب ان توضع اليد اليسرى منبسطة على الناحية العانية وتضغط بشدة الاقسام الرخوة وجذر القضيب فتنخفض المستقصية حينئذ دون ان تمس قبضتها التي تسندها اليد اليمنى وتبقيها على الخط المتوسط سائرة معها دون ان تدفعها بل تكتفي باجراء حركات جانبية قصيرة ودبيب مسهلة دخول المنقار ·

فاذا لم تثمر هذه الحركات وجب الامتناع عن العنف ورفع المستقصية الى العالي واجراء الحركات ثانية كالمرة السابقة ·

واذا كرر العمل مرات متتابعة ولم يفلح ادخلت السبابة اليمنى في المستقيم لمساعدة المسبار في دخوله بدفع المنقار نحو الجدار العلوي للاحليل بينما اليد اليسرى تدفع المسبار وتخفض قبضته ·

وربما خابت جميع هذه الاجراءات ودعت الجراح الى ترك القثترة المعدنية جانبيا وتحضير الاحليل بوضع مسبار ثابت فيه الى جلسة قادمة ·

واخراج المسبار المعدني من المثانة يستدعي بعض الاحتياطات فيجب ان تجر الآلة اولاً نحو الطبيب دون ان يبدل اتجاهها حتى يأتي منقارها ويصطدم بالعنق فترفع قبضة المسبار حينئذ ليدور المنقار حول العانة ·

ولا يفيدنا المسبار المعدني في معرفة شكل الاحليل الموثي فقط بل في معرفة بروز الموثة في المثانة ايضا · ومتى وصلت المستقصية الى المثانة وجرت حتى لامس منقارها العنق وكان هذا المنقار مداراً الى العالي كان تحريكها الى

كل الاتجاهات مستطاعاً دون اقل عائق · فمتى كانت الموثة ضخمة وكانت بارزة في المثانة صادفت المستقصية عائقاً متى أُديرت الى الاسفل ولم تكن هذه الحركة مستطاعة دون ان تدفع الالة الى العمق · ويستطاع قياس هذا البروز بالطريقة الاتية: يدار منقار المستقصية الى الاسفل ويجر المسبار حتى يصطدم اصطداما حقيقيا بالموثة وتعين على المسبار النقطة المناسبة للصماخ · ثم يدار المنقار الى العالي ويجر حتى يلامس شفة العنق الامامية وتعين ايضاً النقطة المناسبة للصماخ فيكون الفرق بين النقطتين المعينتين على المسبار معادلاً لمساحة البروز في المثانة ·

ويجوز ان يشرك مس المستقيم مع القثترة المعدنية · فمتى كانت الموثة مصابة بسرطان وكان الورم مبتدئاً جست الاصبع المدخلة بالمستقيم بينها وبين القاثاتير المعدني تصلبات قد بدأت بالتكون في الموثة ولا سيما حذاء المنقار ·

٥ — عصر الموثة بالتمريخ: اذا رغبنا في جمع مفرز موثي لمعاينته معاينة نسيجية جرثومية كان علينا ان ندعو المريض اولاً الى البول ثم نغسل احليله ومثانته غسلاً غزيراً لكي ننقي الاحليل من الادران العالقة به ونملأ المثانة بماء مغلى او محلول حمض كيانوس الزئبق الخفيف ونجعل المريض في وضعة مس المستقيم وندخل السبابة ونعصر بها الغدة فينصب منها سائل يبدو في الصماخ فيجمع على صفيحة مباشرة او ندعو المريض الى افراغ مثانته من الماء الذي يملأها ونجمعه في قدح ثم ينتبذ هذا السائل ويعاين الرسوب ·

٦ — اضاءة الاحليل : تمكننا من معرفة آفات الاحليل الموثي دون ان توقفنا على حالة الموثة نفسها ·

٧ً — اضاءة المثانة : تمكننا من معرفة التبدلات التي طرأت على عنق المثانة متى ضخمت الموثة لان هذه الغدة لا تحدث متى كانت سليمة اقل بروز او تبدل في عنق المثانة ·

ومتى كان الحويصلان المنويان سبب استمرار الالتهاب وكان لا بد من تحريهما والاستقصاء فيهما يعاينان ١ً — بمس المستقيم ٢ً — باضاءة الاحليل

فيفتش عن الحويصلين فوق الموثة وهما لا يجسان متى كانا سليمين فاذا شعر بهما كانا ملتهبين (بسيلان او بسل) او متوسعين لعائق واقع على مسير القناتين الدافقتين ·

واما اضاءة الاحليل فتبدي لنا ان فوهتي القناتين الدافقتين ظاهرتان على الارتفاع الجبلي وهما لا تظهران متى كان هذان الحويصلان سليمين وتبدوان متى التهبا الا اذا اخفاهما الالتهاب ·

ان تبدلات فوهتي القناتين الدافقتين هي دليل على حالة الحويصلين المنويين كما ان تبدلات فوهتي الحالبين دليل على آفات الكليتين

٨ً — رسم الموثة : تستعمل في حالتين :

أ — في ضخامة الموثة : يبدي لنا الرسم الشعاعي بعد الحقن بمادة ظليلة :

تبدل ارض المثانة ببروز الموثة

التبدلات الثانوية : التوسع ، الرتوج

ارتفاع المادة الظليلة حتى الحالبين الامر الدال على توسعهما ·

ب — في حصاة الموثة : غير انه يصعب ان يعين مقر هذه الحصى التي تبدو بالرسم بعد ملاة المثانة بمحلول ظليل فاذا وقعت اللطخات تحت ساحة المثانة كان مرجعها الى الموثة ·

اسباب كشف اللب

وطرق استئصاله

للحكيم

نجاة ابراهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحتها — دمشق

ذكرت في مقال سابق اهمية السن وصيانة حياته من خطر النخر العميق وأبنت طريقة معالجته والمحافظة عليه · واذكر الان الاسباب التي تفضي الى كشفه والموءثرات التي تضطرنا الى استئصاله ·

ينكشف لب السن بعاملين موءثرين احدهما مرضي ناشيء من امتداد النخر واجتيازه لمنطقة اللب وسببه اهمال المريض والثاني رضي يتلو عارضاً فجائياً كانكسار تاج احدى الاسنان بصدمة اصابته فكشفت لب السن · وهناك عارض اخر سببه حديثو العهد في ممارسة طب الاسنان او الدجالون الذين يجهلون ما هو عليه جدار اللب من الرقة متى كان النخر عميقاً فيكشفون اللب حين جرف المواد المتسوسة بالمجارف الكليلة في اثناء الحفر بسنابل مستعملة فتزلق من ايديهم وتفتح اللب فيذهب ضحية الاهمال او الجهل ·

وقد يحدث احياناً ان قطرة من القيح تظهر في حفرة السن حين انتزاع طبقات العاج المتنخرة سببها دخول بعض الجراثيم المقيحة من طبقات العاج لباطن اللب فتفتح حينئذ حجيرة اللب متى ظهرت هذه القطرة حذراً من

انحباس الصديد ويجب غسل هذه الحفرة ومكان القيح بمحلول كلور السوده الجراحي الفاتر وتجفيفهــا والحشو بمزيج الدكتور بست (Best) المركب من التوتيا والماغنيزيا ومسحوق نتراة الفضة والأوجينول الذي ذكرناه في المقــال السابق حين كلامنا عن تغطية اللب ، ونترك الحشوة (٢٤) او (٤٨) ساعة ثم تنزع وتفحص الحفرة فاذا كان قيح فيها غسلت ثانية وسدت كالمرة السابقة ٠

ويعتنى اعتناء شديداً حين فتح الحفرة لمعاينتها ثم تغسل بابرة رفيعة معوجة واذا لم يظهر قيح مطلقاً تختم الحفرة كما مر آنفاً ويصلح الاطبــاق وتريح السن بعد حشوها بضعة اسابيع ثم تحشى حشوة ثانية ٠

ولا بد لطبيب الاسنان من ابداء حكم جازم في مثل هذه الحالات فامــا ان يحفظ اللب ويغطيه وهذا العمل مقرون بالنجــاح غالباً متى كان الشخص قوي البنية لان قوة دفاعه تساعد على نجاح العملية وسلامة اللب ٠ واما ان يستأصله متى تحقق ان كل امل في حياته قد انقطع فيلجأ الى احــدى الوسائط التي يتمكن بها من استئصاله بدون ادنى الم وازعاج للمريض فيدرأ بعمله هــذا كثيراً من العوارض كالاحتقان والالتهاب والتخريش التي قد تعقب تغطيــة اللب ولا سيما في ضعفــاء البنية وينجي مريضــه من آلام حادة قلما يقوى على احتمالها ٠

والادوية المستعملة لهذه الغاية كثيرة العدد وكان افضلها حمض الزرنيخ الثلاثي (arsenic trioxid) على ان استعمال المخدرات قــد راج كثيراً فــي ايامنا حتى رجح على سواه ٠ ولكل منها مميزات ومواقع خاصــة وعلينا قبل كل شيء ان نمتنع عن استعمال السموم الهيولية (protoplasmie poisons) في اتلاف

اللب كيف لا وقد ثبت من درس قمة جذور الاسنان درساً تشريحياً ان انتزاع جميع النسيج العضوي من عمق الاقنية متعذر فلا يجوز ان تضر الادوية بالنسيج الباقي في قسم القناة الاصلية القمي او في جميع فروعها القمية · واما طرق الاستئصال المتبعة فاليكها

(١) (طريقة الاماتة (Devitalisation)

هي الطريقة التي يختارها حديثو العهد بالممارسة في استئصال الالباب الحية لانها تدع لهم الفرصة الكافية لنزع الالباب ورفع بقاياها · ويستعملها التلامذه المبتدئون مدة ريثما يتعودون سرعة العمل في انتزاع الالباب ثم يعدلون عن استعمالها ويتحولون الى اتباع اسرع طريقة وافضلها وهي طريقة التبنيج الموضعي · يمات اللب بالزرنيخ حيث لا يستطاع منع اللعاب عن ساحة العملية وتنظيفها تنظيفاً جيداً ومحاذيره انه متى ترك في السن مدة تزيد عن مدته القانونية يتعدى تأثيره المميت ما وراء الثقب القمي للجذر فيلحق ضرراً جسيماً بالنسج المحيطة وهذا ما يخاف وقوعه طبيب الأسنان

ومعاجين الزرنيخ عديدة ومختلفة النسب حسب سن المريض والمدة التي يراد تركها بها في باطن السن · ان اطباء الالمان لا يزالون يستعملون اكثر الاحيان طريقة الاماتة بالزرنيخ بمعاجين كالحبوب مختلفة الالوان ولكل لون منها مدة خاصة للتأثير · واما الامريكان فقد قللوا من استعمال الزرنيخ واستبدلوه بالمخدرات ·

ومتى استعمل الزرنيخ يجب ان يسد عليه سداً محكماً لئلا يوءثر في خارج السن ايضاً ويتلف النسج المحيطة به كاللثة والغشاء الملاطي ·

التبنيج الايصالي[1] (Conductive anesthesia)

يستعمل هذا النوع في استئصال الالباب الملتهبة التهاباً خفيفاً وفي احتقان اللب في الاسنان المتعددة الجذور · ويرجح على غيره في حالات كهذه لانه يخفف الالم بسرعة متى كان اللب ملتهباً · فالكظرين (épinephrine) في المحلول المخدر البروكائين يقبض اوعية الناحية ويوقف نزف الدم او المصل بعد استئصال اللب ويمكن الطبيب من حشو القناة بسرعة ويستعمل التخدير الناحي في الارحية والضواحك السفلى اي عند دخول عصب الفك الاسفل في القناة وفي الاسنان الامامية السفلى واسنان قوس الفك العلوي · يستعمل التخدير ارتشاحا بحقن سطوح الشفتين والخدين فوق قمم جذور الاسنان بالسائل المخدر الذي يرتشح في باطن السمحاق فسنتمتر مكعب واحد من محلول البروكائين الخمسيني كاف للتخدير ويبدو فعل المخدر بعد الحقن به بخمس الى عشر دقائق وينتهي بعد ثلاثين دقيقة ولا يمر التعفن بهذه الطريقة من باطن القناة الى النسيج حول القمة بل يقف بفضل الكظرين القابض للاوعية الموجود في المحلول المخدر · فاذا استعمل التلامذة هذه الطريقة يتحاشون الحاق الضرر الكبير بالنسيج حول القمة خلافا لسواها من الطرق الاخرى وحوادث حشو القناة المتجاوز اقل وقوعا في هذا النوع من سواه

وقلما تبدي الاسنان المعالجة بهذه الطريقة عوارض التهابية في الغشاء الملاطي او اضطرابات اخرى سواها ·

---

(١) من مقال الدكتور بوتر بوغ (Puterbough) في مجلة J. A. D. A.

(٣) التبنيج بالضغط[1] (Pressure anesthesia)

هو ارغام احد المحاليل المخدرة تخديرا موضعيا على تبطن نسيج السن المراد تبنيجها بالضغط ·

كان يستعمل بعض اطباء الاسنان محلول كلورمائيــة الكوكائين على ان هذا المحلول متى كانت نسبته ٥٠ ٪ او اكثر يسمم الهيولى و يكون سبب التغيرات المرتدة التي تعقب استئصال اللب وليس فيه مادة قابضة للاوعية كما في محلول البروكائين الذي يستعمله الدكتور بوتربوغ (Puterbough)

يستعمل هذا النوع من التخدير في الاسنان المعرضة للخطر والتي لم يطرأ عليها تشوشات مرضية سيئة · و يجوز ان يستعملها من زوال ازالة الباب الاسنان كثيرا لانه يتسنى له استئصال اللب في زمن التخدير القصير ولا يجوز للتاميذ الحديث التمرن على ازالة الالباب السنية ان يستعمل التخدير بالضغط ولا سيما في الاسنان المتعددة الجذور ما لم يمارس اجراءها كثيرا في الاسنان الوحيدة الجذر و يعتاد عملها بالسهولة والسرعة التامتين لان مدة التخدير لا تطول اكثر من بضع دقائق

وقبل موعد اجراء هذه العملية توضع في حفرة السن قطعة قطن مبللـة بمحـلول الفنول المركب المؤلف من سعترول (تيمول) (٢٠٦) غرام ونعنعول (منثول) (١٠٣) وفنول (١٢٠٠) ميليتر · وتترك اربـع وعشرين ساعة قبل التخدير بالضغط فقد ثبت اخيرا ان وضع هــذا المركب قبل اجراء هذا النوع من التخدير يفيد في تقليل الحالات التي قد يحدث فيهـا عدم تكلس في النسيج حول القمة حسب ما اظهرته الاشعة الكهربية و يشترط

---

(١) من مقال الدكتور بلانيه : J. R. Blayney)

ان تكون السن المراد استئصال لبها بهذه الطريقة نظيفة نظافة شديدة لئلا يدخل بالضغط بعض العضويات الصغيرة العفنة الاقنية فتعفنها وتشوشها
فتحقيقا للنظافة يجب اولا استعمال الحاجز الصمغي الذي يقي السن اللعاب وذلك في جميع الحالات التي يمكن وضعه بها ، هذا اذا كانت حفر التسويس في السطوح اللقمية واما اذا كانت في السطوح الامامية اللقمية او الخلفيــة اللقمية فيبنى جدار السن المفقود بقطعــة من الطبرخي او بقليل من الاسمنت وكل ذلك منعا لدخول اللعاب . وامــا في الحالات التي يتعذر ضبط الحاجز الصمغي بهــا فتفضل ازالة اللب بطريق الاماتة لانه لا يجوز استعمال طريقة التخدير بالضغط ما لم تتوفر جميع شروط الطهارة فاذا فقد شرط منها فسدت العملية .
وفي الموعد الثاني للمريض نفسه يشرع باجراء العملية : تنزع جميع المواد المتنخرة و يوضع المحلول المخدر المستعمل من محلول البروكائين المشبع المصنوع من محلول كلورور الصوديوم الخلقي الفسيولوجي) . و بعــد استعمال الآلات باعتناء يجب الانتباه لئلا يصل المحلول الى النسيج حول القمة و يستأصل اللب بابر شائكة ومنظفات خاصة لقناة اللب . ثم تطوف القناة بحامض الكبريت الفينيكي لحل نسج اللب الباقية التي عجزت الابر الشائكة عن انتزاعها ، و يجب الاعتناء التام لئلا يندفع هذا الحامض من ثقب قمة الجذر : ثم يعدل الحامض بامتصاص الزائد منه بأقماع من الورق المطهر بمحلول ثاني فحماة الصوده العشري وتغسل بماء معقم وتجفف القناة بالكحول واقماع من الورق المطهر والهواء الحار . ومتى وثقنا بجفاف باطن القناة حشوناها في الحال . واذا بقي الدم أو المصل ظاهرا في قمة الجذر تضمد الاقنية بالاوكاليبتول و يسمح للمريض بالتغيب (٤ـــ٥) ايام ثم تجفف القناة في الجلسة التي تليها وتحشى الاقنية

النهضة اللغوية

في

المعهد الطبي العربي

للسيد مسلم القاسمي طالب طب (دمشق)

اذا كانت النهضات تقاس بما ولدته من الاثر الجليل بين الافراد ، جاز لنا ان نحكم ان النهضة اللغوية العلمية التي قام بها المعهد الطبي لها ذلك الأثر الخالد الذي يستحق ان يسجل له بمداد الشكر ابد الدهر ٠

لست اعني ان النهضة قد اقتصرت على معهدنا الطبي ، لا ، بل قد تناولت في خارجه منذ أمد بعيد فروع العلوم والفنون الاخرى وهي تسير بمراحل لا تقل عن المراحل التي اجتازها المعهد ، ولعل الباعث الوحيد لانصراف هؤلاء المصلحين للعمل حب خدمة اللغة واحياؤُهـا ، هذا الباعث الذي حملهم على متابعة الجد ومواصلة البحث ليل نهار ، لا يكلون ولا يملون يخرجون من ثمرات الاجداد ما يكفل لهم القيام باكثر حاجاتهم اللغوية ، على الوجه الذي يرتضيه كل من تذوّق اللغة واطلع على دقائقها وعمق النظر في اسرارها ٠

والمعهد الطبي هذا ، هو المعهد العربي الوحيد في سائر الاقطار العربية الذي يخدم اللغة برباطة جأش وطول اناة ، اذ منذ تأسس عربياً حتى الآن ما برح يخدم اللغة بين نبش المصطلحات القديمة التي اخنى عليها الدهر ، الى تعريب الالفاظ العلمية التي لم يعرفها العرب بل كانت من منتوجات القرن العشرين ، الى النحت والاشتقاق وغير ذلك من الجهود الشاقة التي تتطلب في الافراد

توقد الهمم وشد العزائم والانقطاع التام للعمل انقطاعاً قلما يصبر على مضضه الا المصلحون المتفانون بنهضة اللغة والاخذ بناصر الامة ·

وقد يستطير قلبنا فرحاً عندما نرى هذه النهضة المباركة تنتشر في ارجاء المعاهد والنوادي لعلمنا انه ما من نهضة علمية كانت او اجتماعية — مهما اخذ الافراد بسهم وافر منها — لا تلبث ان تنهار اركانها، و يغشاها العفاء اذا لم تشيد على دعائم اللغة الصحيحة ·

هذا ولم يعهد بعد ان قامت نهضة موطدة الأسس تسير تبعاً لناموس النشوء والارتقاء الا وكان للغة فيها اليد الطولى · ولسنا نريد ان نأتي على الادلاء بصحة ما نقول ، اذ التاريخ شاهد عدل يحمل الينا شتى البراهين التي تؤيد ما كان للغة من الاثر البين والمقام الاول في امر حيوي ·

***

و بعد ، فهذه شذرات لغوية كنت اعثر عليها حين مطالعتي واحفظها في مجموعتي والان اضعها على بساط النقد ليرى العلماء والاطباء رأيهم فيها و يمحصوها من وجهتها العلمية اذ كما لا يخفى ان الحقيقة بنت البحث ·

ا

١ : (العِرْنين) « عرنين الانف ما صلب من عظمه » ، و يستعمل علماء التشريح في مقامها « العظام المخصوصة للانف » تعريباً للتركيب الافرنجي «os propre du nez» · وقد ورد في معجم اللغة غير العرنين في هذا المعنى وفي غيره وقد آثرنا هذه الكلمة لانفرادها فيه · وفي استعمال العرنين نكون قد خطونا

نحو الايجاز والفصيح الرصين من كلام العرب ·

٢ : (التُفّاحتان) : « رؤوس الفخذ في الوركين» وهي مرادفةللكرمة ·

٣ : (الوَتَرة) : « عصبة تحت اللسان » وهي ما يسمونه اليوم لجام اللسان تعريباً لـ (frein de la langue) وقدخرجوا في هذا التعريب خروجاً كبيراً عن الصدد اذ اللجام للدابة فقط وفيها من سهولة اللفظ والاستعمال ما لا ينكر ·

٤ : (الحرْج) « : خشب يحمل فيه الموتى ، او سرير يحمل عليه المريض او الميت » وهي مقابل كلمة (civière او brancard)، وتدور على ألسنة العامة في هذه الآونة لفظة « سدية » وهي دخيلة تركية المصدر ، ولكن لفظة الحرج هذه تغنينا عن استعمال « السدية » وما شاكلها من الدخيل على اللغة ، وقد اقترح احد علماء اللغة ان تستعمل « المحفّة » في هذا الموضوع ولكن لم يرد في معناها ما يدل على المقصود ابداً اذ ذكر عنها انها « مركب للنساء كالهودج»وهنا يتراءى للباحث مقدار هذا الخطإ الفادح

٥ : (الشّعْشاع) : « الظل غير الكثيف ، وهو الذي لم يظلك كله ففيه فرج » وهي تلائم تماماً لشبه الظل المعربة عن لفظة : (pénombre) وفيها ما في غيرها من الجزالة والفصاحة ·

٦ : (العِفَاص) : « غلاف القارورة وهو الجلد الذي يلبس رأسها كأنه الوعاء لها ، واما الذي يدخل في فمه فهو الصمام · » وقد عربت لفظة (capuchon) بالقلنسوة وهي كلمة حسنة لكن في استعمالها التباساً كبيراً اذ وضعت لكثير من المدلولات كقلنسوة الخمر وغيره · وفي استعمال « العفاص » ما يكفينا موؤنة هذا الالتباس ·

٧ : (الطبطابة) ، « خشبة عريضة يلعب بها بالكرة » ويقول العلماء اليوم في هذا المعنى « مضرب التنس » ترجمة (raquette) وهذا التعريب يعتوره الخطأ الظاهر اذ الاداة تضرب بها الطابة لا « التنس » وكان الأخلق بهم اذا ارادوا التعريب الصحيح ان يقولوا « مضرب الطابة » والعرب تستعمل الطبطابة فيجب والحالة هذه استعمالها احياءً لها ·

٨ : (المُدُق) : « بضمتين ما يدق به » (pilon) ما برح البعض يستعمل « يد الهاون » وغيرها من التراكيب غير الفصيحة التي يجب ان نضرب صفحاً عنها

٩ : (محزوق) : ومن الكلمات التي سرت عليها الالسنة خطأ قولهم « انبوب مختنق ، ودورق مختنق الخ ··· » اشارة الى ضيق فيهما ، والصواب في ذلك « انبوب محزوق ، ودورق محزوق الخ ·· » اذ ورد ما حرفه : «ابريق محزوق العنق ضيقها » · ومن هنا يظهر مبلغ الخطإ في استعمال « مختنق » التي لا تفيد هذا المعنى ابداً ، على انهم لو قالوا « مُخنّق » لكان اقرب الى الصحيح من مختنق لانها الاهيف كما ورد ·

١٠ : (الحوجلة) : جاء في معناها « القارورة العظيمة الاسفل » ولعلها اقرب شكل الى ما يسميه كيماويو عصرنا بالفيول (fiole) تلك القارورة المخروطة الشكل الواسعة القعر التي تستعمل لاجراء بعض التحليلات الكيماوية

١١ : (الحمى النائبة) : هي التي تأتي كل يوم مقابل (fièvre quotidienne)

١٢ : (الحمى الغب) : ما تأخذ يوماً وتدع يوماً مقابل (fièvre tierce)

١٣ : (الحمى الربع) : ان تاخذ يوما وتدع يومين ثم تجيء في اليوم الربع اي مقابل (f. quarte) ·

مقتطفات حديثة

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

فون اكينومو (Von Economo): النوم: ان البحث عن التهاب الدماغ النومي ادى الى تقصيات حديثة عن النوم الطبيعي . وقد سعى المؤلفون الى كشف اسباب الموت ومركزه في الجملة العصبية ويعتقد المؤلف ان مركز النوم قسمان الاول واقع في قاعدة جدار البطين الثالث الجانبي والثاني مستقر في جدار البطين الثالث الخلفي وفي الرجا ما بين السويقات وفي القناة وان عمل هذين المركزين المنتظم يضمن حالتي اليقظة والنوم .

ليس النوم حادثة بسيطة تتجلى بتغير حالة اليقظة بل هي حادثة عويصة تشترك فيها جميع الاعضاء كل بدوره . ولا تتبدل اثناء النوم حالات الحركات والتنفس والهضم والفكر بل كمية الكلس والسكر وحالة الغدد الداخلية والخارجية الافراغ . يستنتج من ذلك ان اليقظة والنوم حادثتان حيويتان مختلفتان تتناوبان تناوبا منتظما في مجموع الوظائف العضوية الودية والارادية والروحية .

اما العوامل المنظمة لهاتين الحادثتين فلا يزال امرهما سراً من اسرار العلوم الحيوية ويعتقد هيس (Hess) ان تناوب النوم واليقظة ناجم من تناوب جملتين وديتين . وان للجملة العصبية في هذا الامر دخلاً عظيماً وان حاصلات التطور تتعب الجملة العصبية المركزية فتسبب

النوم الذي يعيد الى الاعضاء نشاطها · ويعتقد اكنومو ان نشاط مركز النوم يساعد على تنظيم وظائف الاعضاء المختلفة التي تبدلت لتعبها فنام كل منها بدوره فينهي النوم قشرة الدماغ عن العمل فيزول الفكر وينظم المراكز الودية وتعضد التقصيات الكيمياوية الحديثة هذا الرأي ·

اسراع القلب في طلاب المدارس

تزنر (D. Tezner) : لاحظ تزنر ان اسراع القلب كثير الوقوع في الطلاب وان بعض العيل والاطباء يضطربون من ذلك ظناً منهم ان هنالك مرضاً عصبياً او بنوياً او غيره محدثاً لهذا الاسراع فيصفون في مداواته ادوية مختلفة ويمنعون الولد عن كل ما من شأنه ارهاقه وتعبه كأن الولد مصاب بتصلب الشرايين · درس تزنر اثنين وسبعين مريضاً فاستنتج ان هذه الحادثة خلقية وتكثر كلما كان الطفل احدث وهي ليست ناجمة من مرض قلبي كما اظهرت ذلك المخططات القلبية ولا من آفات سلية لان التفاعل السليني سلبي ولا من اضطراب الغدة الدرقية ولا من بنية عصبية وقد يبلغ عدد النبضات ١١٠ — ١٢٠ في الدقيقة · والافضل الا تعالج هذه الاسراعات بل تترك وشأنها فتخف ثم تزول ·

· · ·

مفكرة في الطب العملي

الجناب المصلي الليفيني الحاد

١ً — يستريح المريض في سريره او فراشه راحة مطلقة و يجب ان تكون حرارة الغرفة بين ١٦ - ١٨ ومهواة جيداً · يجتنب الغبار وجريان الهواء · يثبت المريض ما امكن ولا يتحرك الا قليلاً ·

٢ً — يحمى في البدء الا عن السوائل : اللبن ، مرق الخضر ، حساء واذا لم يحتمل اللبن فلا بأس من ابـداله بلبن خاثر · يشرب المريض في كل يوم زجاجة ماء افين (Evian) بعد ان يحل فيها ٦٠ غراماً من سكر اللبن ·

ومتى بدأت الحمى بالهبوط أُضيفت الاطعمة الاتية ، ارز مـع الحليب حساء ارز ، مح بيض مضروب باللبن ،

ومتى اصبحت الحرارة طبيعية حمي المريض حمية فيها لبن وخضر : مدقوق البطاطا ، ارز ، معقدات ، فواكه ثم يضاف الى ذلك بعد مـدة وجيزة عصير اللحم فاللحم النضر · و يجب ان تقلل كمية الملح في اطعمة المريض

٣ — يغسل الفم مراراً بماء قلوي

٤ — يتجرع المريض برشانة فيها ٠،٥٠ اسبرين تسكيناً لألم الجنب

٥ — تحجم النقطة الموجعـة باربع حجامات مدممة و يحجم باقي الصدر بحجامات جافة · واذا لوحظ ان ألم الجنب لا يزال كررت الحجامات الجافة

٦ — اذا كانت الحرارة شديدة جداً وكان ألم الجنب شديداً وقد صاحب ذلك احتقان رئوي وجب وضـع لبخ بزر كتان مخردل او لف الصدر برفادات رطبة حارة اربع مرات في خلال ساعتين في يوم واحد على ان تغطى

الرفادات بشمع ٠

٧ — اذا ظل ألم الجنب شديداً على الرغم من ذلك كله جاز حقن النقطة المؤلمة ب٠،٠١ مورفين او غيره من المسكنات وذلك تحت الجلد

٨ — واذا اعترى المريض سعال متعب تجرع اربع الى خمس

حبات في كل منها	خلاصة الافيون	٠،٠١
	خلاصة الداتورا	٠،٠٠٥

٩ — يجب الانتباه لحالة الامعاء فاذا اعترى المريض قبض وجب حقنه او وضع شياف من الغليسرين في شرجه

ويعطى كل يومين او ثلاثة ايام مرة ملعقتين الى ثلاث ملاعق زيت الخروع او ملعقة قهوة من المغنزيا المكلسة او ٠،٤٠ من الزئبق الحلو(calomel)

١٠ — ويوصف في الانسكابات الغزيرة العنيدة مقادير كبيرة من كلورور الكلسيوم (على ان يحذف اثناء ذلك كل ما فيه صوديوم وان تكون معدة المريض جيدة)

كلورور الكلسيوم	٤٥ غراماً
ماء	١٥٠ غراماً

في كل ملعقة قهوة من هذا المحلول غرام ونصف غرام كلورور الكلسيوم فيعطى المريض ١٠ ملاعق قهوة في كل يوم واذا بقيت الحمى مرتفعة في اليوم الثالث زيد المقدار حتى خمسة عشر ملعقة قهوة ٠ تمدد ملعقة العلاج بلبن او قهوة او ماء

واذا اشمأز المريض من كلورور الكلسيوم اعطي هذا المركب :

كلورور الكلسيوم نشا	من كل ٣٠ غراماً
ماء	٢٠ غراماً
شراب الليمون	مقدار كاف لجعل الشراب ١٠٠ غرام

تحوي كل ملعقة قهوة من هذا العلاج ١٦٥ كلورور الكلسيوم

يثابر على استعمال الكلورور مدة ستة ايام · ثم يترك العلاج بضعة ايام على ان يستعمل مرة ثانية اذا لم يتم الشفاء

استطبابات البزل : أ — الانسكابات الغزيرة المتزايدة بسرعة متى ازدادت كميتها عن لتر ونصف لتر

ب — الانسكابات التي تبقى وتستمر بعد انقضاء ثلاثة اسابيع على عهد المرض ·

ج — الانسكابات التي احدثت اضطرابات وظيفية زائدة (ازرقاق او شحوب لون الوجه) ، صغر النبض واسراعه ، التململ ، الميل الى الاغماء

في دورالنقه : متى زال الانسكاب جاز للمريض ان يخرج من فراشه على ان تنقضي خمسة ايام لا تعلو في خلالها الحرارة · ثم يغذى المريض تغذية جيدة ويفرك في كل يوم صباحاً ومساء فركا جافا بسوائل كحولية ويعطى فوسفاة الكلس وعفصاً وزرنيخاً وكظرينا ويبدل الهواء فيذهب الى الجبال ·

الجزء ٢ المجلد ٦

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٢٩ م . الموافق لشعبان سنة ١٣٤٧ ه

خراجات الكبد الزحارية الناقصة الاعراض

ومداواتها الطبية الجراحية

بقلم الحكيم بور

جراح المستشفيات العسكرية

ومحاضر في معهد الطب الفرنسي في بيروت

ترجمها الحكيم شوكة موفق الشطي

ليست غايتنا في هذه المقالة الالمام باطراف داء المتحولات الكبدي بل قصدنا التنبيه لبعض نقاط خاصة منه ولا سيما تشخيص اشكال الكبادات (التهابات الكبد) القيحية الخفيفة وطرق مداواتها الحاضرة وقد جمعنا مشاهداتنا الثماني التي جئنا على ملخصها بين جنود جيش الشرق وهم خليط من الغربيين والسوريين فبدا لنا ان خراج الكبد نادر بيد ان الزحار يكاد يكون مرضاً بلدياً فقد عولج في المستشفيات منذ سنة ١٩٢٤ حتى سنة ١٩٢٧ ، ١٦١٧ شخصاً مصابين بالزحار ولم يصب منهم بكباد قيحي الا ٥٦ مريضاً . ولم نعثر بين المرضى الذين تولينا معالجتهم على اكثر من ست حادثات كباد قيحي في ٦٢٣ مريضاً

دخلوا مستشفانا خلال سنوات ثلاث

وكان تشخيص الحادثات التي صادفناها صعباً لان الاعراض كانت خفيفة وقد عالج أكثرهم عدة اطباء في مستوصفات صحية مختلفة . وادخلوا المستشفى لاصابتهم بآفات مرافقة كذات القصبات او حمى مجهولة السبب او اعراض معدية معوية . فالتشخيص البكور مستصعب اذن . وقد تراءى لنا بعد ان رأينا جراحة الكبد قد سارت في دور رقي محسوس ان نبدي الاراء الاتية :

١

اعراض الكباد القيحي المتحولي وتشخيصه البكور

لا نبحث هنا عن المجامع الصديدية التي تبدو بعلامات اساسية لا مجال للشك فيها : مجامع متموجة آخذة بالهجرة ، علامات سريرية وشعاعية ومخبرية كاملة او مريض مدنف في حشاه عدة مجامع قيحية ، بل عن الاعراض في دور الاحتقان القريب من دور التقيح اذ يكون التشخيص مستصعباً . ان احتقان الكبد كثير الوقوع في الشرق ومنه ما يشفى بمعاجة دوائية او بعد بزل استقصائي ولكن هل هذا الاحتقان متحولي دائماً وهل يستطاع تمييزه عن ضخامة الكبد البردائية او الناجمة من تسمم الدم ؟

اما العلامات في هذا الدور فهي : اما ان يكون المريض قد اصيب سابقاً بزحار او لم يصب به أو يكون قد اصيب به فعولج او اهملت مداواته او جهل مرضه . وفي كل حال تبدو الكبد بالمعاينة ضخمة لا نقاط موءلمة واضحة فيها . وليس ألم الكتف واضحاً دائماً بل ربما شكا المريض نخساً في الورب لا مقر واضح له .

والألم عفوي في بعض الاحيان ومحدث في الغالب وهو عادة منتشر والنقاط الحاجزية موءلمة

الرسم الشعاعي : تبدو به الكبد وقد ازدادت جميع اقطارها · وليس الطحال ضخماً في الزحار وليس للحرارة صفات ثابتة فقد تبدو مرتفعة في بداءة المداواة العرضية ٣٨٫٥ – ٣٩ · وما ضخامة الكبد الا ضخامة سمية منشأها المعى او البرداء ولكنها تمتاز في الزحار المتحولي بان الطحال لا يشترك معها بالضخامة ·

واشتراك الزحار بالبرداء كثير الوقوع ايضاً وهو يشوش منحني الحرارة فيصعب تفسيره اذ تبقى الحرارة في فواصل النوب مرتفعة وترقص بين ٣٧٫٥ - ٣٧٫٨ — ٣٨ - ٣٨٫٥ — ٣٩

فيتساءل الطبيب متى شعر المريض بنخس كبدي عما اذا كان سببه البرداء ام الزحار المتحولي

ويجب التفكير في الزحار اذا استمر الألم والضخامة في الفواصل التي لا نوب فيها (غرل Grall) · واذا كانت البرداء وداء المتحولات مشتركين فلا يجلى الشك ولا يشخص المرض الا باستعمال الكينين والامتين اما الاشعة والبزل فلا يفيدان شيئاً

على ان البزل قد يأتينا بقيح لم يجتمع بعد ويخرج متى تكرر دماً ويكفي ذلك في بعض الاحيان لخفض حرارة المريض وتحسين الحالة الموضعية · الا ان اشراك الامتين بالبزل لا يدع مجالاً لمعرفة ما يعود الى الزحار او تسمم الدم · وقد استنتج ان تكرار البزل يفيد بعض الكبادات الاحتقانية ولو لم يخرج قيحاً ·

لا يثبت البزل الاصابة بداء المتحولات ولو اشرك بالأمتين بل يـدل على ان القيح لم يجتمع بعد وان الأمتين يشفي في هذا الدور القريب من الاحتقان بعض الكبادات لان موت المتحولات يمنع الكبد عن الموات

اما اذا كانت ضخامة الكبد مستقرة في فص او في قسم معين من الكبد وكان الألم واضحاً والحرارة مرتفعة ارتفاعاً قليلاً ومستمراً والكريات البيضاء في الدم مزدادة فيجب الافتكار بان الصمامة الطفيلية آخذة باماتة ملحمة (برنشيم) الكبد المجاورة · تعمل المتحولات عملهـا في الكبد بافساد الخلايا واحداث موات موضعي (دوبتر Dopter) ولكن هل تستطاع معرفـة هـذا الدور استناداً الى السريريات بوسائط المخبر ·

يقول فالاسابولو وبتريديس ان تظاهر هـذا الموات الموضعي بمظهر حاد او خفيف ممكن ، فاذا كان حاداً اتصف بألم شديد يظهر في زمن تحسنه وكان بدوُّه راعباً (خراجات روجه الصاعقة« fulminant ») بعرواء وجسامة الكبد وارتفاع الحرارة ارتفاعاً شبيهاً بنوب البرداء مع نافض في البـدء ، وألم في الكتف ، والناحية الشرسوفية وتحت الضلع وخزرة فكل هذا دليل على تقيح الكبد تقيحاً حاداً ثم لا يلبث الخراج ان يتكون بعد وقت قليل فتبدو علامات موضعية دالة عليـه : ألم حاد شديد ارتفاع الحرارة، ازدياد الكريات البيضاء ، ايجابية الاستقصاء الشعاعي · ثم يجتمع القيح بعد مدة وجيزة فيسهل التشخيص اما غايتنا فهي الكلام عن الاشكال المغفلة التي يصعب تشخيصها وتسهل معالجتها الجراحية (فونتن Fontan)

فالسوابق الزحارية في هذه الحالة مجهولة او لا اثر لها · يشكو المريض

اضطرابات عامة مهمة ونحولاً وحمى خفيفة . وقد يشعر ببعض آفات جنبية رئوية كما في المشاهدتين الاولى والثانية

وربما يكشف الطبيب آفات مستقرة في الرئة اليمنى وغشائها الجنبي (المشاهدة الثانية)وهذه الاضطرابات شديدة في الخراجات المستقرة في قبة الكبد

وربما التبس خراج الكبد بالتهابات المرارة المتقيحة التي تكون علاماتها الموضعية قليلة الوضوح وتظهر في اثناء هجوع انتان حاد (المشاهدة الخامسة) ان الخراجات التي تكلمنا عنها حتى الآن هي ما تكونت خلسةً وهي استقرار التقيح في بدئه وقبل ان يهجر ذلك المكان ويبدو في مكان ثانٍ وهناك شكل آخر نرغب في الكلام عنه لان معالجته الجراحية الحاضرة بالخياطة بعد الشق مباشرة ونجاح هذه الطريقة كما اثبت عدد من المؤلفين يدعواننا الى ذلك . نعني به الخراجات المتكيسة او الخراجات الثمالية (résiduels) اللاجرثومية (المشاهدتان ١ و٤)

يدخل هؤلاء المرضى المستشفى عادة ويصرفون فيه مدة طويلة دون ان تتجه الانظار الى اكبادهم ثم يشخص مرضهم فنجد حين اجراء العملية (ولا سيما في مريض المشاهدة الاولى) قشرة كثيفة صلبة فيها صديد كثيف ابيض مصفر لا تكشف فيه بالتحريات المخبرية الا انقاض خلايا كبدية مستحيلة وكريات بيضاء كثيرة النوى ولا ترى جراثيم . واعضاد جوف الخراج في هذه الحالة مسطحة لا زغب متموجة فيها ولا هي مغطاة بالطبقة التي تشبه بساطاً من الاشنيات البحرية او جلد الزواحف (كاش Chlesch) . فما هذا الخراج الا خراج قديم متكيس « ميت » ركلاراك « Clarac») او خراج ثمالي

وتشفى هذه الخراجات عفواً وقد عرفها رويس « Rouiss» ولفرن «Laveran» وآنسلي وذكر عنها منذ عهـد قريب روجر «Rogers» عشر حوادث وغيد «Gaide» ودوترولو « Dutrouleau» ثـلاث حادثات مشابهة لحادثة بلوكن « Peloquin » التي تم فيها شفاء المريض بحقنه بالامتين وقد تحقق ذلك جراحياً الحوادث المذكورة . واننا لنأسف لان البزل في حادثـة بلوكن لم يجر في دور التقيح والا لكانت مشاهدته حقيقة علمية ناصعة. وليست هـذه الخراجات المتكيسة القديمه اللاجرثومية نادرة . فهي تعلل النجاح الذي يلاقيه الجراحون في شفاء الخراجات بالخياطة البدئية وسنعود الى الكلام عن هذه النقطة .

فمتى كانت الخراجة بدئية وصغيرة الحجم وناقصة الاعراض وتكيست او اخذت بالتكيس كان تشخيصها صعباً واذا اضفنا الى ذلك الخراجات الواقعة في محل يصعب كشفه بالمعاينة السريرية او الشعاعية او البزل « خراج قبـة الكبد ، وخراج وجهها السفلي» فهمنا ان بعض الخراجات يغمض امرهـا على الرغم من جميع التقصيات ولا تبدو للجراح حتى بعد فتح البطن «بتر يديس» فان السريريات لا تدلنا دلالة واضحة على مقر الخراجات الخفيـة الناقصة الاعراض وعددها .

أجل كان يعتقد المؤلفون القدماء ان النقاط المؤلمة علامة مفيدة يعلقون عليها اهمية كبيرة .

فان الخراجات المجاورة لغشاء الجنب تمتـاز بنخس قطني وباعراض جنابية رئوية . وخراجات الفص الايمن الجسيمة تتصف بآلام يشبهونهـا بالحمالة «bretelle» ، وبألم الكتف المتشعع الى الوجـه الوحشي من العضد .

وبعض الخراجات الواقعة في حافة الفص الأيمن الامامية تتصف بألم شرسوفي قد يلتبس بالتهاب المرارة « المشاهدة الرابعة » وتمتاز الخراجات الخافية بالحزرة والخراجات الامامية بنخس الورب وتبدو في خراجات الفص الايسر اضطرابات معدية وألم شرسوفي واعراض تأمورية في بعض الاحيان. ولكن هل تشخيص الخراجات العديدة تشخيصاً سريرياً مستطاع ؟ ان ذلك صعب جداً . ويستدل عليها باستمرار الاعراض المرضية بعد افراغ الخراج الاول وصعود الحرارة واصابة المريض سابقاً بزحار مواتي واستمرار نقص الايوزينيات «بتر بديس » « hypoéosinophilie»

ويستعان عدا العلامات السريرية المذكورة توصلاً للتشخيص بفحص الدم والتفسرة والفحص بالاشعة والبزل .

أ — فحص الدم : في التقيح تزداد الكريات البيضاء ولا سيما الكثيرات النوى (غرل« Grall ») وتنقص الايوزينيات في الغالب على زعم المؤلفين اليونانيين في الاسكندرية ولكن يجب الانتباه في هذه الحاله لاشتراك الزحار بتعفن جرثومي . وهكذا فقد يزداد عدد الكريات البيضاء الكثيرات النوى في التقيحات الحادة حتى تبلغ نسبتها ٨٠ في المائة او اكثر من ذلك وقد تهبط الى اقل من ٧٠ في المائة في التقيحات المزمنة (روجر « Rogers ») وكما ان زيادة الكريات البيضاء الكثيرة النوى تدل على انتان جرثومي فان ازدياد الكريات البيضاء الوحيدة النوى دليل على الانتانات الطفيلية كما في البرداء

ب — التفسرة : اجراها عدد من المؤلفين(لجه «Léger»وبرتران«Bertrand» وايفل وبار كر) . غير انه لا يستنتج من ابحاثهم ما يساعد على التشخيص .

وقد ذكر الحكيم خوري من الاسكندرية ان البوله تنقص في البول وانها تزداد بعد افراغ القيح . وحامض البول يزداد عادة وصفراوين البول ونيلته تبدوان فيه ولا يظهر في خراجات الكبد سكر في البول

ج — الفحص بالاشعة : لا يجوز اهماله .

نذكر هنا النقاط المهمة وهي : فحص قبة الكبد الجنبية اليمنى ، حركة الحاجز ، حالة الجيب الحاجزي . ويجب في بعض الاحيان نفخ المعدة واحياناً الكولون توصلاً الى فحص حافة الكبد السفلى .

والتشخيص المميز في بدء المرض صعب . ويصعب ايضاً تمييز الاعضاء المجاورة بعضها عن بعض ، المرارة ، الكلية ، اورام الكولون .. الخ .

ذ — البزل : لا يزال البزل اهم واسطة للاستقصاء في خراج الكبد وتعيين موقعه « غير ان كوت « Cotte » وشيفوليو « Chifoliau » وبرسّو « Bressot » حاربوا هذه الطريقة وحاولوا الحط من قيمتها فقد اجروا ٢٠ بزلاً قبل ان يتوصلوا الى كشف الخراج واجرى زانكارول « Zankarol » من الاسكندرية ١٦ بزلاً ثم ١٨ ثم فتح البطن دون ان يتوصل الى كشف الخراج واخيراً بدا له حين فتح الجثة ان الخراج مستقر على وجه الكبد السفلي بين العمود الفقري والكلية اليمنى .

وقد ذكر فورونوف (Voronof) في موءتمر القاهرة المنعقد عام ١٩٠٢ ان البزل خال من الخطر على ان جراحي الاسكندرية ينسبون اليه بضعة عوارض (زانكارول وبيتريديس) وقد قال كنو (Qnénu) عن البزل انه خطر ولا يركن اليه دائماً . وكان برسّو من محبذي البزل غير انه تركه

وعده خطراً الا متى اجري بعد فتح البطن · فالبزل حسب اراء هوءلاء المؤلفين آلة خطرة ·

على اننا نعتقد ان البزل واسطة استقصاء جيدة وقد يكون واسطة شفاء حسنة متى اجري بحذر وفي المناطق السليمة التي وصفها رونو (Renault) ودونو ·

وقد تصادف احوال سيئة سببها وخز عرق رئوي او نزف كبدي ناجم من ملحمة الكبد المضطربة (برداء)

بزلنا جميع مرضانا دون اقل عارض · واعتدنا في عيادتنا الخارجية فتح البطن للاستقصاء فيه اذا بدا البزل سلبياً مراراً عديدة وقد رأينا في امكنة البزل ندباً نجمية بيضية اكثرها ملتصق بالخلب الجداري ·

تلك هي وسائط التشخيص التي نملكها لنكشف خراجات الكبد الناقصة الأعراض ، خراج كبدي صغير ، خفي ، متكيس واننا نختصر ذلك فيما يلي : فحص سريري وتشخيص مميز لالتهاب الكبد البردائي عن التهاب الكبد المتحولي او السمي في دور الخراج ، تشخيص المقر والسبب (التهاب المرارة الكيس المائي : المشاهدتان الرابعة والخامسة) وسائط المخبر ، التفسرة ، الفحص بالاشعة ، البزل ·

واذا خابت هذه الوسائط كلها وجب فتح البطن والاستقصاء فيه (شاليه Chalier) او الاستقصاء حسب طريقة بتريديس (خزع الحجاب الحاجز والجنب polypleuro-diaphragmotomie) · ويعود الحكم الى رأي الجراح الذي نشير عليه بمطالعة كتاب بتريديس اذا كان يرغب في الاستزادة ·

٢ مداواة التهابات الكبد المتحولية المتقيحة

لسنا في عهد فونتن القائل بان (بضع خراجات الكبد اسهل من تشخيصها) فقد اصبح عمل الجراحة طفيفاً بعد كشف روجه طريقة المداواة بالامتين .

وقد اصبحت خراجات الكبد ، خراجاتها الحارة نادرة ، في الشرق ، ولم نعد نشاهد بفضل معالجة الزحار بالامتين الا فيما نــدر خراجات تشخص تشخيصاً باكراً في مرضى عولجوا بالامتين او خراجات ثمالية متكيسة .

وان السؤال الدائر الآن على الالسنة في الاندية الطبية وهو : هل يشفي الامتين وحده خراج الكبد، اخــذ يتضح امره .

يقول بوترورسل (Botreau Roussel) ان الامتين لا يشفي وحده المجامع الصديدية ويقول ان الحوادث المعلنة لم يخرج بها بزل الكبد صديداً ولم تكن الافة فيها سوى التهاب كبدي متحولي شفاه الامتين . و يظهر ان شوارتس (Schwartz) الذي قرأ في جمعية الجراحة مشاهدة بديعــة لبوترورسل (ثلاثــة توسطات جراحية افتتح ثماني خراجات كبدية في مريض واحد) لا يشاركه في هذا الرأي ونكرر القول ايضاً ان البزل لا يجري في كثير من الحالات « شوفار » وقد ذكر بلوكن ودبوجول « Despujols » مشاهدة مفيدة كان المريض فيها مصاباً بزحار وفي فص كبده الايسر ورم ظن انه خراج كبدي متحولي فعولج بالامتين فتحسن وصغر غير انه لم يمح تماما ولم يزل الخراج ثم ان المريض الحَّ باجراء عملية جراحية ففتح بطنه وظهر ان الورم قد تحول الى نسيج ندبي ولم تبد فيه جراثيم ولا متحولات فالمريض كان مصاباً بزحار والورم كان خراجا كبدياً واننا لنأسف لان البزل لم يجرَ في الوقت المناسب والا لكانت هذه المشاهدة دليلاً قاطعا على ان شفاء

خراجات الكبد بالامتين ممكن ويجب ان نذكر في زمرة الخراجات التي شفيت بالامتين الحالات التي افرغ القيح فيها عفواً الى الخارج لاتصال موقت بين الكبد والقصبات وقد قدم شوفار مثالا على ذلك مشاهدة الى المحفى الطبي سنة ١٩١٣ وذكر توفيه « Tuffier » ودوبتر « Dopter » وبورون « Pauron » وبروس « Beros » وجوبار « Jobare » وفندوفر « Vendœuvre » حادثات من هذا النوع الا ان القيح افرغ في جميع هذه الحادثات الى الخارج ولم يغر بتأثير الامتين وحده

وقدذكر هرتمن كبل « Hartman - Keppel » ثماني حادثات شفيت بالامتين وحده ، منها اثنتان شفيتا على اثر انفراغ القيح من القصبات وواحدة من المعى وقد نكس الخراج في حالتين فعولجتا معالجة جراحية . (جمعية الجراحة ١٣ — ٢ — ٩٢٣)

وصفوة القول ان الأمتين لا يكفي وحـــده في معالجة خراج كبد جسيم قد اشتركت الجراثيم في احداثه دون ان يكون قيحه قد انفرغ وانه يكفي في شفاء خراجات هاجرة انفرغ صديدها عفواً بطريق القصبات او الى الخارج . ولكننا نعتقد ان الامتين يجهض الخراج في بعض الحالات اذ تكون العضويــة شديدة المقاومة ، ويمنعه عن التكون متى استعمل في الزمن السابق له او انه يتوصل الى احداث تكيس متى كان الخراج صغيراً وخالياً من الجراثيم باماتته المتحولات وتنبيهه العضوية للدفاع فالامتين يشفي اذن التهابات الكبد المتحولية لا خراجاتها

٣ — المعالجة الجراحية

نذكر هذا البحث بايجاز . فقدت عملية سترومير ليتل (Stromeyer,Little) كثيراً من قيمتها وعادت بزلاً بسيطاً مفرغاً حسب رأي بعض المؤلفين غير انها اتسعت حسب البعض الاخر حتى انهم اضحوا يجرونها توصلاً الى

جس الكبد بين اليدين وذلك بالطريق خلال الحاجز والجنب (بتر يديس) او بعد فتح البطن (شاليه) ·

وليست هذه الطرق مستحسنة الا متى وجدت عـدة خراجات تصعب معالجتها (هارتمن ، كبل ، نيل ، لوا ، لاكاز)

و يستطاع شق الخراج بالطريقين البطني والصدري شقاً واسعاً ولكن هل هذان الطريقان واجبان ولا مندوحة عنهما دائماً ؟

انا سعينا جهدنا منذ ست سنوات في المشاهدات الاخيرة التي نذكرها هنا الى تصغير الشق ما امكننا وحذف الأحافيض سريعاً لا بـل سعينا الى اجراء الخياطة البدئية في الخراجات التي لا جراثيم فيهـا او في الخراجات المتكيسة (المشاهدة الاولى)

وقد شفي مرضانا بعد ١ — ٤٠ يوماً وكان ينضب الافراز عادة في اليوم الخامس عشر و ينزع الاحفوض الثاني بعد عشرةايام و يثابر على المداواةبالأمتين

وقد توصلنا مـع كوت وشيفوليو و كونستانتيني واوبري وروبينو ودلبه ولوفوف وبرسو الى الخياطة البدئيـة في بعض خراجات الكبد وقد ظهر من التمحيص ان هذه الحادثات هي خراجات طاهرة لا جراثيم فيها وانهـا في الغالب ثاليـة ذات قيح ازرق او ابيض فـي مرضى عولج زحارهم بالأمتين فأمات العوامل المرضية · وقـد عاد اليوم عمل الجراح بسيطاً وتحسنت نسبة الشفاء بفضل الأمتين فبلغ المعدل ٨٤ فـي المائة ·

وقد وجه هذا النجاح المستند الى طرق جراحيـة بسيطة افكار روجه الى افراغ القيح المجتمع بالبزل وقد اتبع طريقته جراحو الشرق الأقصى · ولم

يرغب الجراحون الفرنسيون في هذه الطريقة على ان شوفار ودوبتر وبراو ودوماس ذكروا فوائدها . ويشير روجه بافراغ القيح استنشاقاً وحقن الجوف بـ٨ سنتغرامات امتين محلولة في ٤٠ سم^٣ ماء وقد تفيد هذه الطريقة في بعض المجامع العميقة المستقرة التي يسهل الوصول اليها بالمبزل .

وذكر فور بوليو (Faure - Beaulieu) حديثاً حادثـة خراج مستقر في الفص الأيسر شفي بعد افراغ القيح والمعالجـة بالامتين وكان الخراج صغيراً وقيحه عقيماً .

الاستنتاجات

ان تمييز الكباد المتحولي صعب في البـدء اي في دور الاحتقان او الدور السابق للتقيح ولا سيما عن البرداء الحادة او المزمنة .

يحكم بوجود الخراج استناداً الى الفحص السريري والعلامات الطبيعيـة وفحص الدم والتفسرة ويكشف المقر بالاشعة والبزل .

ولا يخزع البطن الا في الحالات الغامضة متى كانت الاعراض خفيفـة والعلامات الطبيعية مفقودة والتباين في لاعراض عظيماً لا يمكن ايضاحه .

ومتى كان المجمع القيحي كبيراً وفيه جراثيم وجب افراغ القيح والاستقصاء في الجيب بحذر (الخراجات العديدة) ولا حاجة الى التجريف . ويقلل وضع الأحافيض ما امكن ويداوى بالامتين مـداواة شديدة ويحقن جيب الخراج بـه ايضاً . فاذا كان القيح المفرغ ابيض مصفراً وكثيفاً كالمصطكى وجب الافتكار في خراج طاهر قد شفي والسعي الى اجراء خياطة بدئية بعـد تنظيف الجيب وخياطة جدره بعضها ببعض وخياطة طبقات جدار البطن المتتابعـة .

ومتى شك في الامر وضع مسبار نلاتون وحقن محلول الامتين به ونزع القاثاتير بعد ٤٨ ساعة

واما البزل فتعالج بــه المجامع الصغيرة العميقة المستقرة في مكان محدود يسهل الوصول اليه ·

ويجب في جميع الحالات ان يداوى بالامتين والزرنيخ وتراقب جراثيم معى المريض مجهرياً مراقبة جدية

المشاهدات

المشاهدة الاولى: جندي سنغالي مريض منذ شهر ادخل المستشفى لم يصب سابقاً بزحار بل باسهال يشكو حمى خفيفة · كبده ضخمة متجاوزة لحافة الاضلاع يشعر بألم تحت الضلوع · رئتــه وجنبه سليمان · عدد برازه اثنان يومياً وفيه متحولات ·

بزل في الورب العاشر من الامام فكان البزل ايجابياً · شق الورب شقاً يبلغ طوله ١٠ سنتمترات فبدت التصاقات جنبية حاجزية

وكان الخراج محدوداً بكيس ليفي كثيف تبلغ ثخانته سنتمترين فيه قيح كثيف كالمصطكى تبلغ كميته ٥٠٠ غرام والجيب واضحاً لا ارادب فيه وضع قاثاتير في الجيب وخيط الجرح والحجاب الحاجز ثم خيط الجلد وحقن في الجيب ٠،١٢ من الآمتين يومين متواليين فشفي المريض بعــد عشرة ايام وكان القيح مكوناً من نسيج كبدي مستحيل وكريات بيضاء كثيرة النوى مستحيلة ولم تر فيه جراثيم

المشاهدة الثانية: جزائري آتٍ من سوريــة الداخلية ادخـل المستشفى

لاصابته باحتقان غشاء الجنب في القاعدة اليمنى ، الكبد ضخمة جداً ، ألم في الجنب والورب العاشر ، البزل ايجابي ، حالة المريض العامة سيئة ، الفحص بالاشعة: كبد ضخمة ، العلامات في غشاء الجنب الحاجزي الأيمن شديدة ، الجيب مملوء كثيف . اعراض جناب في القاعدة ، بضع بسرعة خزع غشاء جنبه ونشرت ضلعه العاشرة وافرغ من الصدر لترا قيح كبدي ، حفض الجرح وعولج المريض بالامتين مات في اليوم الخامس عشر . ولم تجر فحوص مخبرية

المشاهدة الثالثة : ب . فرنسي ليس في سوابقه شيء ، مصاب بخراج كبدي واقع في الوجه الخلفي ، غشاء الجنب حر نشرت الضلع الثامنة وافرغ لترا قيح لون بعضه اصفر صريحاً ولون البعض الاخر كالشوكولاته وضع احفوضان عولج المريض بالامتين شفي في ثلاثين يوماً .

المشاهدة الرابعة : ك . سوري استشفى لنحوله ، مصاب بذات القصبات حالته العامة سيئة ، يشكو حمى خفيفة ، كبده جسيمة ، العلامات الموضعية خفيفة ، العلامات الرئوية مفقودة ، كان البزل السادس ايجابياً ، خرج قيح ضارب الى الزرقة آت من خراج عميق في الفص الأيمن ، غشاء الجنب حر ، نشرت الضلع السادسة من الوراء ، فكان في غشاء الجنب حواجز ، افرغ من الخراج ٦٠٠ غرام قيح ، الكبد سهلة التمزق تنزف بغزارة ، لم تكن الخياطة مستطاعة شفي المريض في ٤٧ يوماً . وكانت الكبد تنزف نزفاً غزيراً وقد كشفت في القيح خلايا كبدية مستحيلة وكريات بيضاء كثيرة النوى متلفة ولم تر جراثيم .

المشاهدة الخامسة : فرنسي ادخل للمستشفى تحت المشاهدة كان يشكو علامات

غامضة تدل على أحتقان في القاعدتين وقد شخص انه مصاب بمجمع صديدي واقع تحت الكبد او التهاب المرارة المتقيح ، ليس في برازه قيح . خزع البطن خزعاً استقصائياً فبدت المرارة مصابة بالتهاب ، فحص القيح فبدت فيه عصيات نظيرة التيفية (ب) ، شفي بعد خزع المرارة بشهر .

المشاهدة السادسة : جزائري . اتى من سورية الداخلية لإصابته بالتهاب المرارة ، يشكو علامات مجمع صديدي في الفص الكبدي الأيسر ، وجد بعد البضع مصاباً بكيس مائي متقيح مستقر في الفص الأيسر ، كان القيح عقيماً وشفي المريض في شهر واحد .

المشاهدة السابعة : فرنسي دخل المستشفى وكان مصاباً بالتهاب الكبد المتحولي لا تدل سوابقه على شيء . وجد في كبده خراج مستقر في العالي والامام وكان في الملمتر المكعب من دمه ١٤٠٠٠ كرية بيضاء على الاقل ، حرارته مرتفعة ، اظهر البحث بالاشعة ان في غشائه الجنبي التصاقات عديدة ، نشرت الضلع الثامنة أُجري شق متسع وحفض الخراج فافرغ ٥٠٠ غرام قيح كالشوكولاته شفي المريض في شهرين

المشاهدة الثامنة : الماني من الفرقة الاجنبية ، قدم من الجزائر ، سوابقه غامضة حرارته ليست مرتفعة مصاب بخراج مجهول آخذ بالهجرة نحو البطن وقد فرق الخراج العضلات المستقيمة في الخط المتوسط وكشف اثناء معاينته قبل العودة الى وطنه فشق الخراج وذلك وخيط الجلد بعد ان وضع احفوض صغير فيه وحقن وريده بالأمتين (٠،١٢) شفي في خمسة عشر يوماً والتحق بفرقته ثم أُجريت له عملية ثانية لاصابته بخروج البطن . غير ان الخراج لم ينكس

المؤتمر الفرنسي الجراحي السابع والثلاثون

ملخص بقلم الحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمة الحكيم مرشد خاطر

افتتح هذا المؤتمر الجراحي في مدرج المعهد الطبي بباريس في السابع من تشرين الاول المنصرم وكان عدد المشتركين به كثيراً حتى ان القاعة كانت تعج بهم عجيجاً . وكان يرئس هذه الحفلة الافتتاحية الحكيم رو مدير مستوصف باستور اقراراً بما لعلم الجراثيم من الفضل على الجراحة والى جانبه الاستاذ غوسه جراح مستشفى سلبتريار ، ورئيس المؤتمر وعدد عديد من الشخصيات البارزة نذكر منهم الموسيو كافليه مدير التعليم العالي والجنرال غورو حاكم باريس العسكري الذي عرفه السوريون .

بدأ الكلام الاستاذ غوسه اولاً فحيا ببضع عبارات صفق لها المستمعون كثيراً الحكيم رو وهو الحي الاخير من موازري باستور العظيم ، ورحب بالاجانب الكثيري العدد في هذه السنة وعاد الى معالجة موضوعه الاساسي وعنوانه « ضرورة تنظيم الشعب الجراحية » فقال : شوشت الحرب نظام الشعب الجراحية ردحاً من الزمن فوجب علينا ان نعيد اليها نظامها ونرجع اليها رجالها ومعداتها . غير انها املت علينا امثولة مفيدة وهي الجمع بين اختصاصي الشعب المتنوعة . فانا لا نزال نذكر حتى الآن تلك المراكز الجراحية الكبيرة المجهزة احسن تجهيز حيث كان الجراحون والاطباء والعلماء يعملون ليلاً نهاراً والوئام يخيم على عملهم وراء غاية واحدة وهي تخفيف وطأة الآلام عن البشرية المتألمة

واعادة ذلك المحرك البشري الى نظامه بعد ان طرأ عليه الخلل . وكان يجدر بنا بعد ان تقلص ظل الحرب وتحققنا بانفسنا فائدة ذلك التضامن ان نبقي عليه ولا نسمح بانفراط عقده بل كان يليق بنا ان نقطف ثمرة ذلك الاختبار ونتلذذ بطعمها في زمن السلم . طغي الجراح فهب الى استعادة عمله منفرداً مع ان عليه ان يسعى الى تأليف هذه المراكز الجراحية الكبرى التي فيها من الاطباء الداخليين، وبعض الاطباء المخدرين ، ومشرح مرضي قادر ببضع دقائق على فحص القطع التي يعهد اليه بها في سياق العمليات ، واشعاعي يستقصي في ناحيـة العملية ويعاين جهازي التنفس والدوران ، وعالم مخبري يوقف الجراح على حالة الدم وينقله متى احتيج اليه ، وعالم خلقي «فسيولوجي » اذا امكن ، ويجب علاوة على هذا كله ان يدمج بشعبة الجراحة هذه مخبر للجراحة الاختبارية .

ويرى غوسه ان يكون عدد من الجراحين في شعبة واحدة فيها بضع مئات من الاسرة ليقوموا مشتركين بعمل يصعب على الفرد القيام به .

ثم نهض الحكيم رو وقال اذا كنت قد خولت الشرف فرئست مؤتمر الجراحة هذا فما ذلك لاستحقاق اراه فيّ بل لاني غرسة من غرسات ذلك المحسن الكبير الى البشرية جمعاء فكأني بالمؤتمرين وقد رغبوا في تكريم باستور فوجدوا حيّاً شاطره العمل فكرموه فكان كلامه مؤثراً محركاً للعواطف وما ان انتهى حتى دوت القاعة بالتصفيق الشديد اقراراً بفضل هذا النابغة العامل الذي أدى الى البشرية عدداً لا يحصى من الاعمال المفيدة .

ثم بدأ المحاضرون بالقاء تقاريرهم وكان الموضوع الاول « النتائج البعيدة

لمعالجة قرحة الاثني عشري الجراحية » وقد عالج هذا الموضوع دلور من ليون واو كنزيك من باريس ٠

وهذه هي النتائج التي استنتجها المؤلفان :

ليست القروح الاثني عشرية والمعدية ولا سيما الاثني عشرية سوى تأثير مرض عام « مرض مقرح » قد استقر في ناحية البواب ولا يزال سببه مجهولاً فالعمليات التي توجه اليه لا تعد عمليات شافية لانها لا توجه الى السبب المحدث بل هي عمليات ملطفة ، فمتى لم تثمر المعالجة الدوائية بعد ان تكون قد اتبعت مدة طويلة يجب الالتجاء الى المعالجة الجراحية لانها في يومنا خير الوسائط في شفاء القرحة مهما كان سببها كيماوياً او عفناً او غذائياً ، ومهما كان دور سيرها ولانها افضل طريقة في اجتناب العراقيل الخطرة : النزف والانثقاب ، فلو كانت القرحة ناشئة كما يقول بعض المؤلفين من اختلال توازن الجهاز المنبت « système vegétatif » ومن فعل الجهاز التائه الودي المؤذي لكان قطع خيوط الرئوي المعدي المعدية الذي وصفه لترجه وورثمير افضل واسطة للشفاء لانه يقوم الوظيفة مع ابقائه على سطح المعدة ، غير ان الجدال على قيمة هذه النظرية لا يزال مفتوحاً لقلة الاحصاآت فلا يستطاع والحالة هذه ان تستنتج منها نظرية يعتمد عليها ٠

اما فعل محتويات المعدة المؤذي فأثبت فهو يعلل لنا النتائج الحسنة التي تنجم من تحويل مجرى هذه العصارة بالمفاغرة المعدية المعوية ووقاية القرحة من التخرش وما ظهور قرحة هضمية على الفوهة الحديثة في بعض الاوقات الا دليل على فعل عصارة المعدة المؤذي مهما كانت الطريقة الجراحية المتبعة ٠ فليس هذا

الداء اذن اثني عشرياً ولا صائمياً بل معدياً : وهذا ما حدا ببعض الجراحين في السنوات الاخيرة الى استئصال قطعة كبيرة من المعدة في معالجة القرحة املاً بجذف جميع الغدد المفرزة للحامض الكلوريدريك .

ومهما يكن الامر ومهما تكن العمليات الثانوية التي يقترح اجراؤها فالجراحون منقسمون الآن فئتين : فئة تختار التحويل بالمفاغرة المعدية المعوية وفئة تحبذ القطع المتفاوت الاتساع وافضله قطع قسم من المعدة والاثني عشري واستئصال القرحة معه متى كان الامر ممكناً .

يستنتج من درس الاحصاآت ان النتائج البعيدة في المفاغرة المعدية المعوية يعادل الشفاء فيها ٧٠—٨٠ بالمائة وان الموت يعادل ٥—٧ بالمائة فاذا لم يشف ٢٠—٣٠ بالمائة شفاءً تاماً ممن اجريت عملياتهم فلا يعنى بذلك ان الخيبة تامة لان بعض هولاء المرضى تتحسن حالتهم بالمعالجة الدوائية التي لم تكن لتفيد اقل فائدة قبل المفاغرة .

ومعدل الشفاء في القطع ٨٠—٩٠ في المائة غير ان معدل الوفيات بعد العمليات مباشرة ١٠—١٤ بالمائة ولعل هذا المعدل ينقص بعد اتقان الطرز الجراحي ، ولربما كانت النتائج احسن بعد القطع المتسع ولا سيما بعد قطع المعدة والاثني عشري قطعاً يمحو القرحة وقسماً من المعدة ويوءثر تأثيراً مقصوداً في القسم الباقي .

غير ان معدل الوفيات مباشرة لا يزال عاليا وهذا ما يدعو الجراحين الى الاحجام عن القطع والاقبال على مفاغرة المعدة والامعاء مع ان القطع هو العملية المنتخبة . وما ذلك الا لان نتائج المفاغرة البعيدة حسنة وخطرها

المباشر قليل فهي العملية الاكثر ملائمة للمضعفين القليلي المتانة ·

فعلى الجراح ان يحسن الخيار فلا يكتفي بطريقة مهملا الطرق الاخرى بل عليه ان ينتخب ما يلائم مريضه ·

ولا بد من النظر ايضاً الى التهاب المعدة والاثني عشري والى التهاب الخلب اللاصق لانهما يوءثران في اختيار الطريقة ·

وعلى الجراح الاّ يتردد في فتح البطن ثانية في كل مريض قديم يصاب بتشوشات معدية جديدة : فان قطع القروح الهضمية او استئصال تضيق طرأ على الفوهة المحدثة قد يوءديان الى شفاء مستمر ·

والموضوع الثاني يبحث في التخدير القطني الذي لا يزال الجدال حوله دائراً وقد عالجه الاستاذان فورغ وباسه بكلام ملوء الفوائد يجدر بكل من يهمه هذا الامر ان يطالعه مفصلا في التقرير المطبوع عن هذا الموءتمر السابع والثلاثين وقد أتيا فيه على فصل جديد عن خلقة (فسيولوجية) القطن والعمود الفقري يوءيد بالادلة العلمية هذه الطريقة ويشير باستعمالها وحسن مستقبلها ·

يستنتج من تقصيات فورغ وباسه الشخصية ومن المعلومات التي استقياها من زهاء مائة جراح ان التخدير القطني طريقة لا تختلف درجتها عن درجة التخدير العام وان اخطارها قد نقصت كثيراً بعد اتقان اجرائها وانها تنقص من خطر بعض العمليات ، غير ان الواجب يقضي بان تراعى الطهارة مراعاة بالغة اقصى حدها وان تكون مقادير المخدر المنتخب قليلة وان يجرى البزل والتخدير بلطف فلا يستخرج من المائع الدماغي الشوكي كمية كبيرة ولا يحقن بالمخدر فجأة ولا تشرك الادوية (نوفوكائين ، بنين او استركنين) ولا يمزج

المائع بالمخدر ويدفع ثم يخرج لان جميع هذه الاعمال تعرقل التخدير وتخرش السحايا ٠

تستعمل محاليل محضرة وحديثة العهد ويجرى البزل في نقطة وطيــة لان التخدير كلما علا ازدادت العوارض، والتخدير الفقري العام كبير الخطر وقــد جمع الرأي الطبي على نبذه

فلا يستعمل التخدير الفقري مطلقاً في الارجاء الواقعة فوق الحاجز (الجذع العنق ، الطرفين العلويين) واما في الطبقة الواقعة تحت الحــاجز وفوق السرة فالاراء متضاربة فيها لان البعض يحبذ والاخر يستنكر وكلتا الدفتين متساويتان فعلى الجراح ان يختار الطريقة الملائمة لحالة مريضه ٠

اما المنطقة تحت السرة فهي رجا التخدير القطني المنتخب الذي تفوق به هذه الطريقة في التخدير التخدير العام ٠

ولنذكر دائماً ان التخدير القطني خافض للتوتر فعلينا ان نتلافى هذا المحذور بحقن المريض بمقويات القلب ، فالتخدير القطني ممنوع اذن متى كان التوتر منخفضاً كما في قصور القلب وانسداد الامعاء مــع تسمم شديد اوفي بعض امراض الكلية وفي حالات النزف الغزير خارجياً كان او باطناً ٠

ومتى كان المريض مصاباً بتعفن الدم يخشى ان تلقح الابرة التي تتلوث بالدم اثناء اختراقها للاقسام الرخوة السحايا فتلهبها ولا يشار بالتخدير القطني في المصابين بالزهري ولا في من كانت بولتهم الدموية زائدة والكلورور منحبساً في دمائهم فيستدل مما تقدم ان للتخدير القطني استطبابات ومضادات الاستطباب ولا بد من مراعاتها لانها لا تقل اهمية عن استطباب العمليات نفسها ٠

ولا يستعمل هذا التخدير الذي يستمر اربعين دقيقة الى ساعة، في العمليات القصيرة المدة التي يفضل فيها التخدير بكلورور الاثيل او الايثير او في العمليات التي يكفي فيها التخدير الموضعي ·

فمتى روعيت جميع هذه الشروط كان التخدير القطني مفضلاً على التخدير العام : لانه يفضي في سياق العملية الى سكون البطن واسترخاء العضلات المتقفعة ولانه ينقص بعد العمليات العراقيل التالية للتخدير باجتنابه تخرش الجهاز التنفسي وبتشويشه وظيفة الكبد والكلية تشويشاً خفيفاً ومحوه صدمة التخدير

اما خيبة التخدير وحدوث العوارض في التخدير القطني فآخذان بالنقص كلما اتقن طرز العمل · والعوارض الخطرة نادرة لان الموت اثر هذا التخدير لا يفوق الموت في الطرق الاخرى والعوارض المتأخرة الخاصة بهذا التخدير كالصداع المستمر (٣=٤ بالمائة) وشلل المثانة (١=٥ بالمائة) تزول عفواً ولا تبقى اكثر من بضعة اسابيع ·

وصفوة القول ان التخدير القطني متى روعيت فيه القواعد التي ذكرناها طريقة حسنة تضيق بعد ضمها الى التخديرين الموضعي والناحي منطقة التخدير العام تضييقاً شديداً · فهي بعد ان رغبت في التوسع والامتداد حسب الخطة التي رسمها لها جونسكو عادت اليوم فضاقت لحسن الخط دائرتها ولم تعد مستعملة الا حسب شروط لا بد من مراعاتها فيها ، وهي طريقة جميلة اذا خدرت بها الاقسام السفلى تحت السرة ·

وبعد ان انهى المحاضران موضوعهما دارت مناقشة عنيفة حول الموضوع الامر الدال على ان لهذه الطريقة اعداء لا يلين عودهم ·

والمسألة الثالثة موضوعها : « العواقب البعيدة لحج الجمجمة في الافات الرضية » وقد عالجها الاجونين ومازونه وباتي دوتيه من باريس . فابدعوا كل الابداع في الكلام عن موضوع وعر كهذا . وفي بحثهم عدة فصول لابد من مطالعتها كما جاءت في التقرير فهي تهم الجراح والطبيب وعالم الامراض العصبية فقد بحث فيها بحثاً دقيقاً عن الموت في المحجوجة جماجمهم وعن عقابيل (sequelles) رضوض الجمجمة وعراقيلها العفنة المتأخرة وسير هذه العقابيل بالنسبة الى مقر الافة واهميتها وعن مستقبل المحجوجين الاجتماعي .

ويستنتج من ابحاثهم ان الانذار تابع اذا تركت الافات ودرجات اتساعها للتعفن والارتجاج .

فيجب متى حدث ارتجاج مهما كان الجرح خفيفاً وسواء اكان سطحياً ام عميقاً نافذاً او غير نافذ ان يتخوف الطبيب من ظهور عقابيل متفاوتة الشدة في المستقبل منذ التشوشات الخفيفه حتى الصرع . ويزداد الخوف كلما طال زمن التقيح وتعرقل الجرح بفتق دماغي او نجم منه ناسور ثابت او اصيب المريض بخراج الدماغ . وان عود التقيح الى الظهور بعد انقضاء مدة طويلة ليس مستبعداً وهو ان وقع سود الانذار وخشي من حدوث الصرع في المستقبل .

وتجتنب هذه العراقيل الجراحية المتأخرة بتطهير الجرح وانتزاع الشظايا وخياطة الجلد خياطة بدئية .

اما التشوشات الشخصية كالصداع والدوار فلا يمكن اجتنابها لانها ذات علاقة بالارتجاج .

ويظهر ان الام الجافية التي كان يتحاشى الجراحون شقها قد خضعت للقاعدة

العامة فهي تشق متى كان تحتها انصباب دموي فتفرغ الخثر وتخاط على ان تراعي قواعد النظافة مراعاة دقيقة ويكون الجرح حديثاً . لان الانصباب الدموي اذا بقي كان سبباً في ازدياد العراقيل المقبلة ولان خزع الام الجافية متى كانت الطهارة تامة لا خطر منه .

. . .

هذه هي خلاصة الاعمال التي بحث فيها موءتمر الجراحة الاخير .

اما موءتمر الجراحة المقبل الذي سيعقد في ٧ تشرين الاول سنة ١٩٢٩ فسيرئسه الدكتور تيكسيه استاذ السريريات الجراحية في معهد ليون وقد انتخبت المسائل الآتية :

١ = معالجـة السل الرئوي الجراحية : يبحث بها لاردنوا من باريس وبارار من ليون .

٢ = استطبابات الاستجدال (ostéosynthèse) ونتائجه في معالجة داء بوت يبحث فيها روشه من بوردو .

٣ = معالجة جروح اوتار الاصابع في اليد يبحث فيهـا بلوك من باريس وبونه من ليون .

الاستقصاء في المثانة

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

المثانة هي مستودع البول في فواصل البيلات · مقرها في نصف الحوضة الصغيرة الامامي خلف العانة وامام الشرج في الرجل والرحم في المرأة وفوق العجان والموثة (البروستاة) في الرجل والمهبل في المرأة يختلف شكلها وهي فارغة او ملأى او متوسعة فمتى كانت فارغة شابهت جيباً زاوياً قمته الى العالي متصلا بالعصيب (اوراك) وقاعدته الى الخلف والاسفل محيطة بالمستقيم والمهبل و ينصب في الزاويتين الخلفيتين الحالبان و ينطبق الجدار العلوي على الجدار الامامي السفلي ·

ومتى امتلأت المثانة ارتفع جدارها العلوي وشابهت البيضة بشكلها فكانت نهايتها الصغيرة في الامام والعالي وعادت سهلة المنال بطريق البطن اكثر من حين فروغها ·

ويغلف المثانة غمد خلبي وصفاقي موءلف :

في الامام من الصفاق السري المثاني الامامي ·

في الوراء من الصفاق الموثي الخلبي ·

في الاسفل من الصفاق الحوضي العلوي الذي يغطي السادة الباطنة ورافعة الشرج ·

في العالي القسم الخلفي العلوي من الخلب ·

فجدر هذا الغمد تجاور الاعضاء المحيطة بالمثانة وتختلف هذه المجاورة متى

كانت المثانة فارغة او ملأى ٠

وعنق المثانة مناسب للمكان الذي يبدأ به الاحليل وهو مغلف بالموثة فمتى ضخمت هذه الغدة تبدل شكل العنق تبدلاً كبيراً وخلف العنق يرى المثلث وخلف المثلث القعر ٠

اما سعة المثانة فذات علاقة بدرجة تنبهها وتختلف من وقت لآخر فهي تسع ٤٠٠ — ٥٠٠ سم[٣] غير ان بعض الاشخاص سريعو التنبه لا تتحمل مثاناتهم هذه الكمية كما ان المثانة تتسع اتساعاً شديداً في بعض الحالات المرضية فتسع عدة التار ٠

ومتى اصيبت المثانة بالتهاب نقصت سعتها لان تنبهها يزداد فيمنع الألم ، متى كان حاداً ، المثانة عن التمدد ٠

ويدرس مضض المثانة بالمس والتوسيع فمتى كانت المثانة سليمة لا يحدث مسها مضضاً ولا هي تشعر بالبول الذي ينصب قطرة فقطرة من الحالبين ولا بالسوائل التي تحقن بها متى كانت حرارتها كحرارة الجسد ٠ ولا تكاد تشعر بالالات التي تمس وجهها الباطن ٠

وتشعر المثانة ببرودة الاجسام التي تحقن بها وبحرارتها وبفعل الادوية المخرشة ٠

ويحدث توسع المثانة حاجةً الى البول فاذا قاومها الشخص ازداد هذا الحس وانقلب ألماً ٠

ويمحو التخدير العام حس الملامسة ويبقي على حس التوسع ويبقى حس التوسع هذا في اثناء النوم ٠

ومتى مرضت المثانة عاد حسها بالملامسة موءلمًا حتى ان ملامسة البول لها توءلمها وسل المثانة اكبر دليل على هذا الامر · وجميع وجه المثانة الباطن يشعر الشعور نفسه بالملامسة ·

ويزداد ايضاً شعورها بالتوسع متى مرضت والدليل على ذلك تعدد البيلات فيجب والحالة هذه ان يجتنب توسيع المثانة وغسلها وان يستعاض عنهما بالتقطير ·

الاستقصاء في المثانة : يجري ١ً بالحقن ٢ً - بالجس ٣ً - بالقرع ٤ً - بالقثطرة ٥ - بقياس سعتها ٦ - بقياس ما انحبس فيها ٧ - بقياس قوة عضلتها ٨ - بالاستقصاء المعدني ٩ - باضائتها ١٠ - برسمها الشعاعي ١١ - بالخزع الخثلي الاستقصائي ١٢ - باقتطاع قطعة للمعاينة النسيجية ·

الحقن : متى كان الشخص سامناً استحال الجزم في حالة المثانة ومتى كان هازلاً ارتسمت المثانة تحت العانة بعد توسعها توسعاً شديداً وربما بلغ هذا التوسع حداً كبيراً حتى ان البطن جميعه يرتفع ويباين هزال المريض العام ·

ويلتبس الامر في المرأة بكيس المبيض فاذا كانت المثانة متوسعة تقثتر فيزول الورم بعد القثترة ·

٢ - الجس : قلما يفيد جس الناحية الخثلية وحده · ويتحرى مضض المثانة عادة اما بضغطها واليد منفتحة او بخفض الناحية الخثلية باليد ورفعها فجاةً عنها فمتى كانت المثانة ملتهبة التهاباً شديداً شعر بالمضض ·

ويفيد الجس في فحص النواحي الحرقفية وتحري البيء الالتهابية حول المثانة او العقد البلغمية المنتبجة متى كان في المثانة ورم ·

ويفضل اجراء المس المشترك وذلك ان تدخل اصبع في شرج الرجل او

مهبل المرأة وان تجس اليد الاخرى المثانة في الناحية الخثلية فلا تهرب امام اليد الجاسة ·

ومتى كانت الموثة ضخمة والمريض مصاباً بالاسر توسع قعر المثانة توسعاً شديداً وبرز وتجاوز الموثة وتمكنت الاصبع الجاسة من الشعور بهذا البروز وربما التبس هذا الورم بورم حقيقي كبير غير ان الجس المشترك يمكن اليد من دفع مجمل المثانة نحو الاصبع كما انه يمكن الاصبع من دفعها نحو اليد ·

ومتى افرغت المثانة بالقثترة كان الالم لدى جسها باليدين متفاوت الشدة حسب درجة الالتهاب في التهابات المثانة وقروحها واورامها ·

ومتى افرغت المثانة وجست اليدان جسماً كثيفا بينهما كان ذلك دليلا على ان في المثانة عنصراً مرضيا فان الحصى الكبيرة في الرجل يستطاع جسها · ومتى كان ورم فاما ان يبقى جدار المثانة ليناً فيستنتج ان الورم مذنب واما ان يكون الورم قد ارتشح في الجدار فيعرف بعودة ذلك الجدار متصلبا وخشناً ومتى كان الورم كبيراً استطيع جسه باليدين وعرف بالمس المزدوج ان الورم مثاني ولا علاقة له بالامعاء او الرحم او الملحقات ·

٣ً — القرع : متى كانت المثانة ممتلئة وسليمة لا تكون صماء عادةً لان الصمم لا يقع الا متى توسعت المثانة فيكون القرع حينئذٍ مثبتاً للمعلومات المستقاة من الحقن والجس ·

٤ً — القثترة المفرغة : أ — اذا ثبت بالاستقصاء في الاحليل انه سليم استعمل مسبار نالاتون ·

ب — اذا كان الاحليل الامامي حراً والعائق في الاحليل الخلفي يستعمل

مسبار معكز منقاره مقوم بعض التقوم

ج — اذا لم تتمكن الزيتونة المستقصية من اجتياز العائق يجرب مسبار معكز منقاره قصير ومقوم تقويماً شديداً لكي يواجه العائق بعقبه لا بمنقاره

د — متى كان المريض مصاباً بضخامـة الموثة يستحسن استعمال المسابير المزدوجة التزوي او المدك المزوّى الذي يقلب المسبار المعكز العادي الى مسبار مزدوج التزوي ·

ه — اذا خابت جميع هذه الوسائط يستعمل مسبار معكز فيه مدك منحن

و — اذا كان الاحليل الامامي ضيقاً لا تستعمل سوى المسابر المخروطة الزيتونية الطرف·

ز — متى كان تشنج تنبذ المسابر المخروطية ويستعاض عنها بالمسابر المزواة البسيطة او بعد ادخال مدك فيها ·

طريقة القثترة : أ — مسبار نالاتون يدهن قسم القاثاتير الامامي جميعه ويقف الطبيب الى يسار المريض ويشد قضيبه بيده اليسرى ويدخـل المسبار قليلاً فقليلاً بعد ان يمسكه باصابع اليد اليمنى حتى يغور منه سنتمتر او سنتمتران · فاذا دخل المسبار في رتج البصلة وقف فيجب جره قليـلا الى الخارج وبسط الاحليل بشد القضيب وحنيه على البطن · وبعد ان يجتاز المسبار الاحليـل الغشائي يجتاز بسهولة الاحليل الموثي متى لم يكن متبدلا ·

والحذر من استعمال المسابير القديمة المتصلبة السريعة العطب لانها تنكسر فتبقى منها قطعة في الاحليل او المثانة ·

ب — المسابر المخروطية الزيتونية الطرف: تجتاز بسهولة احليلا متضيقاً غير انه

لا يجوز ان تدخل بعنف لانها تدخل البصلة او الموثة متى كان الاحليل ر بضا وسريع العطب · فمتى ظهر عائق يجب اخراج المسبار ثم تسديده جيداً بشد القضيب ·

ج — المسابر المعكزة : تستعمل كما تستعمل المسابر الاخرى اللينة · والقاعدة المطردة التي لا بد من مراعاتها هي ان يتبع جدار الاحليل العلوي فبينا المنقار يتبع هذا الجدار يكون العقب متبعاً الجدار السفلي وخافضاً اياه فاذا لم يكن الوصول الى الاحليل الغشائي مستطاعاً مباشرة كان الزحف الخفيف الى اليمين او اليسار كافياً للدخول · واذا لم يكن ادخال المسبار ممكناً بهذه الطريقة وجب جره وادخاله ثانية بلطف بعد شد القضيب جيداً · ومتى وصل المسبار الى الاحليل الموثي تزلق تزلقا سريعا لان عقبه يخفض الجدار الخلفي السفلي ·

د — المسابر المعدنية : لم تعد مستعملة ·

هـ — المسابر الصمغية مع المدك : تستعمل هذه المسابر الصمغية مع المدك كما تستعمل المسابر الصلبة · يدخل المدك حتى يأتي رأسه ويساوي الثقبة الاكثر قربا من المنقار · ولا يختلف الزمن الاول عما هو عليه في ادخال البانيكية فبعد ان يجتاز المنقار الاحليل الغشائي يثبت المسبار على الخط النصفي ويدفع باليد اليسرى بينا اليد اليمنى تمسك المدك وتجره · فيدخل المسبار حينئذ المثانة واذا خابت هذه الحركة أُعيد اجراؤها ·

وفي جمع البول الذي ينصب من المسبار فائدة كبيرة فيجب ان تعد قارورة معقمة او مغلاة لهذه الغاية وان يرسل البول بعد جمعه ليعاين معاينة نسيجية جرثومية فتعرف بها درجة التعفن والكريات البيضاء (الصديد) وطبيعته (عصية

الكولون ، المكورة المعوية ، المكورة العنقودية ، المكورة البنية) وجوهر التعفن السلي (عصية كوخ ، تلقيح الارنب بالبول) والخلايا الورمية (السرطان) والاسطوانات البولية (التهابات الكلية)

٥ — سعة المثانة : تقاس سعة المثانة بحقنها ، بعد ادخال مسبار فيها بماء فاتر ريثما يشعر المريض بحاجة الى البول وتعين هذه الكمية بالمحقنة المستعملة لهذه الغاية . والكمية التي يستطاع الحقن بها في الحالة الطبيعية دون ان يظهر هذا الحس هي ٢٠٠ سم^{3} . من الماء الفاتر . وتكون سعة المثانة قليلة في الغالب كلما كثر عدد البيلات فالبيلات الكثيرة العدد والمؤلمة دليل على ان سعة المثانة قليلة .

أ — متى كانت السعة من ٢٥٠ — ٣٠٠ سم^{3} عدت طبيعية وجاز غسل المثانة .

ب — متى كانت السعة من ١٥٠ — ٢٠٠ كان الالتهاب خفيفاً وجاز غسل المثانة بتأنٍ على الا تتجاوز كمية المائع المحقون به ١٠ سم^{3} كل مرة .

ج — متى كانت السعة اقل من ٢٠٠ سم^{3} كان الالتهاب المثاني محققاً والغسل ممنوعاً والتقطير واجباً .

د — متى كانت السعة اكثر من ٣٠٠ سم^{3} كانت المثانة واهنة متسعة (ضخامة الموثة ، سهام « تابس ») فوجب غسلها بغزارة بمحاليل مضادة للفساد .

وصفوة القول انه متى كانت السعة قليلة وجب التقطير ومتى كانت كبيرة وجب الغسل ، لانه لا يجوز ان تمدد المثانة والا اشتد الالم والتشوشات المثانية .

٦ — قياس الانحباس : لا يبقى في المثانة السليمة بعد ان يبول المريض ثمالة من البول ·

أ — فاذا انحبس البول وكان انحباسه ناقصاً يبوّل المريض اولاً ثم يقثتر مع مراعاة قواعد الطهارة بدقة ويجمع البول المستخرج في قدح مدرج فتعرف الثمالة

ب — ومتى كان الاسر تاماً وجبت مراعاة هذه القاعدة المطردة وهي الامتناع عن افراغ المثانة افراغاً تاماً أي افراغ بعض ما فيها والاستعاضة عنه بمحلول مطهر فيقاوم حينئذ التعفن الذي يهدد المريض ولا يحدث النزف الذي يخشى وقوعه بعد الافراغ · لان التوسع يسبب احتقان الضفائر المثانية والافراغ يزيل هذا الاحتقان وزوال هذا الاحتقان السريع يحدث البيلة الدموية ·

٧ — قياس طاقة العضلة المثانية : تقاس الطاقة بقوة رشق البول او دفع السائل الذي حقنت به المثانة · تنقص غلوة الرشق في المتضيقين والمتضخمة موثاتهم وهي دليل على ضعف عضلة المثانة · ومتى وهنت هذه العضلة وهناً شديداً بال المريض على حذائه ومتى قثترت المثانة وكانت سليمة انفرغت انفراغاً تاماً ولو ظل طرف المسبار الخارجي فوق الخط الافقي المار بالعانة ومتى كانت المثانة متوسطة القوة أو ضعيفتها لا تنفرغ الا متى خفض طرف المسبار فخرج البول بعامل الثقل ·

٨ — الاستقصاء المعدني : تستعمل مستقصية غيون المعدنية (رقم ١ في الاولاد ورقم ٢ في الكهول ورقم ٣ في المتضخمة موثاتهم) ·

يضطجع المريض ويرفع حوضه بوضع وسادة تحت أليته علوها ١٠ — ١٢ سم · وتكون المثانة قد افرغت ثم املئت بمائة وخمسين الى مائتي سم[٣] ماء مغلى

او محلول حمض كيانوس الزئبق الفاتر على الا تتجاوز سعة المثانة ويجب الوقوف متى بدأت المثانة بالتقلص ·

ثم تدخل المستقصية كما تدخل البانيكية ·

الصعوبات : متى كان الاحليل متصلباً صعب ادخال المستقصية فيه · ومتى كانت الموثة ضخمة صعب دخولها ومرورها في الاحليل الموثي · فالحذر من خفض قبضة المستقصية بعنف لئلا تفتح طريقاً كاذباً بل يجب ان تضغط اليد اليسرى بشدة الناحية امام العانة ومهما يكن فمهمة اليد اليمنى هي سند منقار الالة وتحريكه حركات جانبية قصيرة ·

ومتى اعيد العمل مرات ولم يثمر يجب ادخال السبابة اليمنى في المستقيم لسند منقار المستقصية واعادة العمل مرة اخرى وسند القبضة باليد اليسرى ·

واذا خاب العمل أجلت المسألة الى جلسة ثانية واعد الاحليل بوضع مسبار ثابت فيه بضعة ايام ·

واذا دخلت المستقصية المثانة وجب ايصالها حتى تصطدم بالجدار الخلفي ثم جرها الى الامام حتى العنق وادارتها الى اليمين واليسار ومنقارها في العالي ثم يدار المنقار الى اليمين واليسار والاسفل وتجرى الحركات نفسها فيكون الاستقصاء قد عم جوف المثانة جميعه فاذا لم يصادف منقار المستقصية شيئاً يستنتج ان المثانة خالية من الاورام والحصى الكبيرة ·

ولكن متى كان ورم في المثانة اصطدمت المستقصية به فعاقها عن الحركة ومتى كانت فيها حصاة سمعت الصدمة ·

ويعرف بالمستقصية ما اذا كان في جدار المثانة عمد فيعلق المنقار بها وما

اذا كان قعر المثانة قد امحى فلا تستطيع المستقصية ان تـدور الى الاسفل ما لم تخفض القبضة او اذا كان ذلك القعر عميقاً فيكون الدوران ممكناً حتى متى رفع طرف المستقصية وما اذا كانت فصوص الموثة قد ضخمت جداً وما اذا كانت المثانة تشعر بالمضض متى لامستها الالة ٠

٩— اضاءة المثانة : لا يستطاع الجزم في تقرير نوع الافة قبل اضاءة المثانة والنظر اليها بالمرآة ، وهذا الامر يكاد يكون ضرورة قصوى مع ان الكثيرين يهملونه في ممارستهم العادية ٠

فهو لا مندوحة عنه في بيلة الدم مهما كانت خفيفة ومتى شك الطبيب بان في المثانة جسماً اجنبياً او حصاة او ورماً حليمياً او ورماً آخر خبيثاً او سلاً او قرحة اوان الموثة بارزة في المثانة ٠ولا يستطاع الاستغناء في زمننا الحاضر عن هذه الواسطة المفيدة فاذا اهملها الممارس اساء الى مريضه اساءة لا تغتفر ٠

١٠ - رسم المثانة الشعاعي : ترسم المثانة بعد ان تحقن بسائل ظليل او غاز مولد الحموضة او دون ان تحقن بشيء وللرسم فائدة كبيرة في اثبـات التحريات الاخرى التي جنيت من الوسائط التي ذكرناهـا ولا سيما في اثبات الحصاة ٠ وهي واسطة لا غنى للممارس عنهـا في الاولاد الذين تستصعب التحريات الاخرى فيهم ٠

فبعد ان تحقن المثانة بالمحاليل الظليلة كالكولرغول او برومور الصوديوم او سواها وترسم تعرف التبدلات التي طرأت على شكلها وما اذا كانت فيها ارتاج او اورام لان الاورام تبدو واضحة في جو المثانة القاتم ٠

١١—الاستقصاء الدموي : أ — يستطاع بعد اضاءة المثانة والاستعانة بآلات

خاصة اقتطاع قطعة من ورم نابت في المثانة او من جدار المثانة نفسها وارسالها للفحص النسيجي اوالجرثومي ٠

ب — وتستدعي الحالة في بعض الاحيان خزع المثانةبالطريق الختلي بغية الاستقصاء في المثانة متى لم تأت اضاءة المثانة ولا رسمها بالمعلومات الكافية مثال ذلك معرفة درجة الافات واتساعها او معرفــة ما اذا كان الورم يستطاع استئصاله ام لا ٠

النتائج : تمكننا هذه الوسائط المتنوعة التي ذكرناها من تشخيص :

أ — التهاب المثانة الحاد البسيط السيلاني ٠

ب — التهاب المثانة المزمن مع بول قيحي يعرف سببه باضاءة المثانة ٠

ج — ضخامة الموثة مع اعراضها ونوبها الانحباسية الحادة او الاسر المزمن وتوسع المثانة الناجم منها ٠

د — حصى المثانة ٠

ه — اجسام المثانة الاجنبية ٠

و — التهاب المثانة السلي الكلوي المنشإ دائماً ٠

ز — اورام المثانة السليمة (الاورام الحليمية) او الخبيثة ٠

ح — ارداب المثانة الخفية في الغالب الصعبة التشخيص متى لم تضأ المثانة او لم ترسم وهي تعرف سريرياً بالبيلة في زمنين و بتعفن المثانة العنيد ٠

الاستقصاء في الكليتين (الحويضتين ، الحالبين)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمة الحكيم مرشد خاطر

لا بد لنا قبل الخوض في البحث من ذكر لمحة تشريحية سريرية ·

شكل الكلية : شبيه بحبة فاصوليا تحدبها الى الوحشي ويتبدل هذا الشكل بعض التبدل حسب الاشخاص فهي في بعض الناس اطول وفي البعض الآخر مسطحة او محدبة ·

أبعادها طولها الوسطي ١٢ سنتمتراً وعرضها ٦ وثخانتها ٣ ·

اتجاهها : عمودي الى الاسفل والوحشي ·

مقرها : في الحفرة القطنية تستر قسماً منها الضلعان الحادية عشرة والثانية عشرة وتناسب اجسام الفقرات الثانية عشرة الظهرية والاولى والثانية القطنية ·

والكلية اليمنى اكثر انخفاضاً في الغالب من اليسرى · والمسافة التي تفصل قطب الكلية الاسفل من القنزعة الحرقفية تعادل ٣ ــ ٥ سنتمترات ·

وللكلية محفظة تغلفها وهي في الحفرة القطنية · وتتألف هذه المحفظة من ورقتين امامية وخلفية متلاصقتين في العالي والوحشي والاسفل يتألف منهما مسكن الكلية · وهذا المسكن منفتح في الانسي حذاء ذنب الكلية ومتصل بغمد الاوعية وغمد الحالب · وتحيط بالكلية وهي في مسكنها هذا الليفي كتلة من الشحم تسمى المحفظة الشحمية والكلية ثابتة في مقرها بفضل هذه الاعضاء المختلفة والاوعية وضغط البطن · ويجاور مسكن الكلية الاعضاء المحيطة بها ·

وتفرز ملحمة « برنشيم » الكلية مفرزاتها في جهـاز من القنوات المغصنة يسمى الكوءوس ويناسب كل كأس هرماً من اهرام الكلية . وعدد هـذه الكوءوس الوسطي ٨ — ١٢ فهي تجتمع وتتفاغر وتوءلف اخيراً الحالب .

والحويضة هي التوسع الكائن عند مجتمع الكوءوس الاساسية وهي متصلة بالحالب وسعة الحويضة التشريحية ٢٠ = ٣٠ سم^3 وهذه السعة اكبر من السعة الخلقية « الفسيولوجية » التي لا تعادل الا ٣ = ٥ سم^3 نعني بها كمية السائل الذي يستطاع حقن الحويضة به في الاحياء قبل ان يظهر الالم .

الحالب : يبدأ حذاء الحافة السفلى لسرة الكلية وينتهي في المثانة عند الصماخ الحالبي طوله ٢٥ ٣٠ سم اتجاهه العام حسب خط عمودي ممتد من نقطـة اتحاد الثلث الانسي بالثلث المتوسط من القوس الفخذية حتى خط افقي سائر من نهاية الضلع الثانية عشرة ، تدخل نهاية الحالب السفلى الجـدار الثاني حـذاء الملتقى الموءلف من الحويصلين المنويين والاسهر .

الاستقصاء في الكليتين : يستقصى في الكليتين ١ — بالنظر ٢ — بالجس ٣ — بالقرع ٤ ــ بالرسم الشعاعي ٥ ــ بالاستقصاء في وظيفة الكلية الذي سنفرد له بحثاً خاصاً ٦ ــ بخزع القطن .

أ — بالنظر : لا يتبدل شكل البطن الا متى بلغت الكليـة حجماً كبيراً فعاد الاستقصاء فيها بالنظر مستطاعاً . وهذا الاستقصاء يجرى والشخص واقف والافضل ان يكون مضطجعاً . فمتى وقف المريض ونظر الى ظهره وكانت الكلية مصابة باورام جسيمة كاستسقاء الكلية المائي او القيحي او كالورم العفلي او كالكلية المتعددة الاكياس ظهر شكل الخاصرة متبدلاً بين الاضلاع السائبة

والقنزعة الحرقفية وتتحرك هذه الاورام بعض التحرك حين الزفير والشهيق وتتزلق تحت جدار البطن ·

ومتى نام المريض على بطنه وعوينت ناحيته القطنية بدا تورم في مثلث بتي اي فوق القنزعة الحرقفية ما بين الظهرية والمنحرفة الكبيرتين وذلك متى كان المريض مصاباً بفلغمون حول الكلية · والنظر الى الجهاز التناسلي في الرجل يدرك به ما اذا كان في الصفن دوال وما اذا كانت عرضاً لسرطان وما اذا كان البربخ مصاباً فيسترشد به الى سل الكلية وما اذا كان في العمود الفقري داء بوت

٢ — الجس : هو الطريقة الاساسية في الاستقصاء وهو سهل في الهازلين وصعب في السامنين ·

ولا تجس الكلية في الحالة الطبيعية غير ان الكلية اليمنى قد يجس قطبها السفلي في الهازلين دون ان تكون حالة مرضية ·

متى رغب في جس الكلية تفرغ الامعاء وتثنى الساقان وتبعد احداهما عن الاخرى ويقف الطبيب الى جهة الكلية التي يريد فحصها وتوضع يد وهي منفتحة في الناحية القطنية ونهايات اصابعها في الزاوية الضلعية القطنية وتوضع اليد الثانية في الامام تحت الحافة الضلعية مباشرة · ويدعى المريض الى اجراء حركات شهيقية عميقة وتبقى اليد الامامية في اثناء الشهيق خافضة لجدار البطن وتغتنم فرصة الشهيق التالي لكي تخفض الجدار اكثر فاكثر ويجب ان تكون العضلات مسترخية استرخاء تاماً · فاذا كان جس الكلية مستطاعاً تجس اليد الامامية حينئذٍ تورماً في طرف الكلية الاسفل ·

واذا لم تجس الكلية يدفع الجدار اتداني دفعات خفيفة باليد الخلفية

وتساق الكلية الى الامام نحو اليد الموضوعة على جدار البطن · وهذا ما يسمى النهز الكلوي(balottement) « غيون » ومتى كانت الكلية اجسم وثابتة لالتهاب طرأ على محيطها سهل جسها · ومتى كانت متحركة لم يمكننا لجس من العثور عليها فحسب بل يسمح لنا بدفعها بيدينا الى العالي ايضاً ·

وتحري تحرك الكلية بيد واحدة خير من تحريه باليدين : يجعل الابهام في الامام حذاء جدار البطن والاصابع الاخرى في الحفرة القطنية (غلانار) ويدعى المريض الى اجراء زفرات عميقة دون ان تضغط الاصابع اقل ضغط وبينا يزفر المريض زفرة قوية تقرب الاصابع فجأة فاذا كان التحرك خفيفاً ادى الضغط الى رفع الكلية فشعرت الاصابع بتزلقها نحو الصدر ·

واما اذا كان التحرك شديداً فيستطاع رفع الكلية وتثبيتها تحت الاصابع التي تمنعها عن العودة الى الحفرة القطنية ·

واجراء هذه الحركة في جهة ومقابلتها بالحركة المجراة في الجهة الثانية لا يخلو من الفائدة لانه يمكن الطبيب من معرفة الفرق بين الجانبين الاول والثاني من جهة الامتلاء والمقاومة ·

ويستطاع في بعض الاوقات اجراء الجس باليدين والمريض مضطجع على الجهة المضادة وساقه السفلى منعطفة (اسرائيل) فمتى كانت الكلية مريضة وثقيلة هبطت الى الاسفل والامام وتمكنت اليد الامامية في اثناء حركات التنفس من الشعور بتزلقها تحت الجدار ·

فكل كلية يجس قطبها السفلي تحت الاضلاع السائبة هي كلية متحركة او هابطة او جسيمة · والحذر من ان نتوهم الكبد الضخمة الهابطة كلية يمنى

متحركة فان حافة الكبد الملساء الحادة كافية للتشخيص والحذر ايضاً من ان نتوهم الطحال الضخم كلية يسرى ٠

ولا تشعر الكلية السليمة بمضض متى ضغطت لان الكلية المؤلمة كلية مريضة والنقطة الاساسية في هذا الاستقصاء هي ضغط الزاوية الضلعية الفقرية فاذا وقعت النقطة المؤلمة في قمة هذه الزاوية (وهذا ما هو كثير الحدوث) دلت غالباً على آفة كلوية وتسمى هذه النقطة النقطة الضلعية الفقرية ٠

وهناك نقطة اخرى واقعة عند الحافة الوحشية للكتلة العجزية القطنية تسمى النقطة الضلعية القطنية ونقطة مؤلمة ثالثة في الامام تحت الاضلاع حذاء النهاية الامامية للضلع العاشرة تكاد تكون عند الحافة الوحشية للمستقيمة الكبيرة تناسب الحويضة وتلتبس في اليمين بنقطة المرارة المؤلمة ٠

والتهابات الكلية والحويضة واستسقاآت الكلية المتقيحة ورمال الكلية هي افات مؤلمة اما السرطان فليس مؤلماً ، ومتى تألمت الكلية تنبهت الاعصاب المارة قربها فظهر الالم حين ضغط هذه الاعصاب بعيداً عن الكلية ، ولهذا نرى النقطة فوق الحرقفة الجانبية الواقعة فوق القسم المتوسط من القنزعة الحرقفية مكان ظهور العصب الوربي الثاني عشر ، والنقطة فوق الشوكين و بينهما الواقعة فوق الشوك الحرقفي الامامي العلوي وانسيه والمناسبة للعصب الفخذي الجلدي والنقطة الاربية عند الفوهة الظاهرة للقناة الاربية نحو العانة وهي مناسبة لشعبة العصب البطني التناسلي التناسلية ٠

القرع : يشرك مع الجس في الحالات الصعبة وهو لا يفيد في الوراء غير

ان زاويتي الكولون اليمنى واليسرى تغطيان في الامام بعض التغطية وجه الكليتين السفلي ومن هنا نشأت القاعدة القائلة ان لكل ورم كلوي منطقة وضوح في الامام لان الكلية واقعة خلف الخلب ومغطاة بالكولون · ولكي تتضح هذه العلامة يستحسن توسيع الكولون بحقنه بالهواء بعد وضع مسبار المستقيم والنفخ فيه بمنفاخ المكواة النارية (مريون) فاذا كان الورم كلوياً ظهرت منطقة واضحة امام الورم ·

ولا يلامس الورم الكلوي جدار البطن مباشرة الا متى كان جسيماً جداً ومحا المنطقة الواضحة ·

الرسم الشعاعي: يستدعي رسم الكلية ادوات متقنة وممارسة طويلة · ولا بد من تحضير المريض وافراغ امعائه قبل الرسم ، ويعد الرسم جيداً متى ظهر فيه محيط الكلية وحوافي ابي سواس · فهو يوضح شكل الكلية وحجمها ومحيطها ويشخص به استسقاء الكلية والسرطان والكلية المتعددة الاكياس والحصى ولنذكر ان بعض اشكال سل الكلية الطباشيرية وبعض الاستسقاآت القيحية تلتبس بالحصى لان ظلها ينطبع في الرسم وتسمى الحصى الكاذبة ·

ومتى ظل منشأ ورم البطن مشكوكاً فيه وجب رسم المريض بعد ادخال مسبار ظليل في الحالب حتى الحويضة فيبدي الرسم احياناً انحرافاً في المسبار ويثبت ان الورم كلوي ويفيد هذا الرسم فائدة كبيرة متى كانت الكلية سابحة لان اتجاه الحالب والنقطة التي ينتهي بها المسبار يعرفان به ·

ومتى لم تثمر جميع هذه الوسائط المتقدمة وجب خزع القطن الاستقصائي (lombotomie) فقد تكون قثترة الحالب متعذرة او بيلة دموية مجهولة السبب او

تورم لا يعرف جوهره ولا مقره فتضطر الحالة الطبيب الى خزع القطن. غير ان هذا الخزع اذا كان كافياً في بعض الاوقات لكشف الافة فهو لا يكفي في الحالات الاخرى للجزم بان الكلية سليمة ولا سيما في السل فان الكلية قد تكون مصابة به دون ان يظهر عليها ما يثبت هذا المرض وخزع القطن لا يفيد اقل فائدة في معرفة حالة الكلية الوظيفية ·

الاستقصاء في الحويضة : يجرى ١ — بالمس ٢ — بقثترة الحالب ٣ — بالرسم الشعاعي ٤ — برسم الحويضة الشعاعي ·

الجس : قد يكون جس النقطة المجاورة للسرة موءلما وهي تقع وحشي خط افقي مار بالسرة و بعيدة عنه زهاء ثلاثة قراريط وتناسب الحويضة ·

اما طرق الاستقصاء الاخرى فهي من متعلقات الاختصاصي ·

قثترة الحالب : ربما بينت ان البول منحبس في الحويضة وانها متمددة به فمتى كان الامر كذلك ودخل المسبار الحويضة انصبت منه كمية غزيرة من البول تفوق سعة الحويضة الطبيعية و يعرف ان الحويضة متوسعة متى كانت الكمية ، التي يحقن الطبيب بها الحويضة ولا تحدث مضضاً دالا على ان الحويضة قد بلغت اقصى حدها من التوسع ، اكثر من ١٥ سم٣ ·

الرسم الشعاعي : قد يبين ان في الحويضة حصاة ·

رسم الحويضة الشعاعي : هو رسم الحويضة بعد حقنها بسائل ظليل (برومور الصوديوم ٢٠٪ بالمائة) تجنى من هذه الطريقة فوائد جمة لانها تبين حجم الحويضة وشكلها وتظهر الحصى التي لم تبدُ بالرسم الشعاعي البسيط وتبدي ورم الحويضة بظهور بعض اقسام الحويضة كثيفة و بعضها الاخر واضحاً

وقد اشار لاغو بطريقة جديدة وهي معاينة الحويضة الشعاعية التي يبدو بها على الدريئة طرز امتلاء الحويضة وانفراغها ٠

الاستقصاء في الحالب : يستقصى فيه بالجس والمس الشرجي او المهبلي واضاءة المثانة وقثترة الحالب والرسم الشعاعي ٠

الجس : ان جس حالب سليم لا يبدي شيئاً ولكن متى كان ملتهباً وكان الشخص هزيلاً كان جسه مستطاعاً واحدث هذا الجس ألماً في بعض النقاط : النقطة حول السرة وهي التي رأيناها حين كلامنا عن الحويضة ٠ وحقيقة الامر هي ان الحالب لا يجس الا في الناحية القطنية ٠ ومتى كانت الكلية مصابة بالسل يستطاع جس الحالب في الناحية الحوضية ويبدو تحت الاصبع كأنه قصبة (الغليون) ٠ ومتى كان الحالب الايمن مصاباً التبس الامر بالتهاب الزائدة ٠

النقطة الحرقفية: واقعة على الخط الافقي الذي يصل الشوك الحرقفي الامامي العلوي الايمن بالايسر وعند تقاطعه مع خط عمودي صاعد من شوك العانة ٠ يضطجع الحالب في هذا الحذاء على السطح العظمي المكون من جنيح العجز ويستطاع ضغطه عليه ٠

النقطة الحالبية المثانية السفلى : تناسب مدخل الحالب في المثانة وهي تنبه بالمس المستقيمي في الرجل والمهبلي في المرأة وتقع هذه النقطة على بعد عشرة سنتمترات من الشرج في الرجل ويستطاع الوصول اليها متى خفض العجان بشدة ٠

ولا بد من اخذ احتياطين ١ – ان تملأ المثانة لكي تكون سطحاً مقاوماً ثم تخفض بوضع يد على الناحية الخثلية فينخفض الحالب معها ٠

٢ – يفتش عن الحالب الايمن بالسبابة اليمنى وعن الحالب الايسر

بالسبابة اليسرى

اضاءة المثانة : تعرف بها حالة فوهتي الحالبين وطرز تدفق البول منهما ·

قثترة الحالبين : تجني منها معلومات مفيدة فاذا وقف القاثاتير كان ذلك دليلاً على ضيق او حصاة ·

الرسم الشعاعي : يعرف به اكثر الحصى الواقفة في الحالب ويستحسن ان يحقق الأمر بالرسم الشعاعي بعد ادخال قاثاتير ظليل في الحالب واستنتاج ما اذا كان الظل ظل حصاة (متى كان بملامسة المسبار) او ظل آفة اخرى لا علاقة لها بالحالب (شريان معصود ، نامية عظيمة ، عقدة ، منطقة تكلس في الربط)

الاستقصاء في وظيفة الكلية

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يستقصى في وظيفة الكلية باجراء الاختبارات على البول جميعه او على بول كلية واحدة وتعرف بها حالة الكليتين معاً او تكشف الكلية المصابة ويفهم ما اذا كانت الكلية الثانية تقوم بوظيفتها ·

وتحري وظيفة الكلية في الجراحة تفوق اهميته تشخيص الافة التشريحية نفسها يهتم الجراح قبل ان يستأصل احدى الكليتين بمعرفة ما اذا كانت الكلية الثانية تقوم بوظيفتها حق القيام وما اذا كانت تتمكن من تحمل العبء الذي يلقيه عليها استئصال الكلية الثانية اكثر من اهتمامه بمعرفة ما اذا كانت هذه الكلية سليمة او مريضة من الوجهة التشريحية ·

وتحري الوظيفة مفيد ايضاً في تقرير الانذار الجراحي متى اجريت العمليات على اعضاء اخرى خلاف الكلية كما في استئصال الموثة (البروستاة) فان به نعلم ما اذا كان الاستئصال خالياً من الخطر ام ان الحالة تقضي بالاكتفاء بعملية ملطفة او بالاقلاع عن اي عملية كانت ·

وبما ان افراز البول هو العمل الاساسي في وظيفة الكلية وجب علينا ان نرى كيفية افراز الكلية لهذه المادة وللماء المنحلة فيه ، ولسائر المواد الاخرى التي تفرزها الكلية كما تفرز البول غير ان التفسرة التامة كما تجرى عادة لا توءدي الى نتيجة حسنة لان ما يفرز لا قيمة له في تحري، حالة المصفاة اذا لم تعرف المواد التي تناولها

الشخص من سوائل ومواد غذائيه · والطرق المستعملة اليوم عديدة ولكل منها حسنات ومحاذير ولهذا اكتفي بذكر افضلها واكثرها استعمالاً ·

١ — معايرة البولة في الدم ·

٢ — مرتبة امبار ·

٣ — اختبار الفنول سولفون فتالثين ·

٥ — التكشف الاقصى ·

١ — معايرة البولة في الدم : تعرف في الممارسة وظيفة الكلية بمعايرة بولة الدم وطريقتها ان يستخرج من وريد المريض صباحاً على الريق او قبل طعام الظهر ٢٠—٣٠ سم[٣] وترسل الى المخبر الكيماوي لمعايرة البوله فيها فاذا كان المقدار كثيراً كانت الوظيفة سيئة او كان قليلاً كانت حسنة ·

وما من يجهل ان في الدم الطبيعي مقداراً من البولة آتياً من النسج ولا سيما من الكبد وان الكليتين تفرزان هذه البولة افرازاً متواصلاً · وبولة الدم في الشخص السليم تعادل ٢٠ - ٤٠ سنتغم · متى جمع الدم في غير اوقات الهضم واما في اوقات الهضم فتعادل البولة ٤٠ —٥٠ سنتغم · وربما تجاوزت هذا المقدار وهذا الامر تابع لغناء الغذاء بالمواد الازوتية · وربما بلغت البولة في النهمين ٦٠ —٨٠ سنتغراماً وتسمى هذه البولة الدموية الاساسية الفيدالية فمتى اجتمعت كمية كبيرة من البولة في الدم كان ذلك دليلا على ان الكليه لا تقوم بعملها المفرز حق القيام ·

ومتى بلغت البولة الدموية ٠٫٥٠ —١ غرام كانت عرضة للنقص او البقاء على ما هي عليه او الازدياد فيجب والحالة هذه متى تجاوزت البولة الحد الطبيعي ان

تعاير في الدم كل شهرين او ثلاثة اشهر مرة لكي ينظم للشخص غذاء ملائم ٠

ومتى تجاوزت البولة الغرام واخذت بالازدياد قضت على صاحبها بعد سنتين في الغالب ٠

ومتى بلغت البولة الغرامين وظلت ثابتة لا تتبدل كان الموت سريعاً ٠

يعود الفضل الى فيدال وتلامذته في وضع هذه الاسس التي لم تخف اهميتها في التهابات الكلية الطبية وهي في الوقت نفسه قد افادت الجراحة الفائدة الكبرى لانها قد اخرجت من دائرة الجراحة جميع المرضى الذين تبلغ بولتهم الدموية الغرام فان مرضى كهولاء يكونون قد فقدوا من نشاطهم الكلوي مبا لا يقل عن ٩٥ ٠/٠

٢ — مرتبة امبار : متى كانت البولة الدموية اقل من غرام مكنتنا مرتبة امبار من معرفة ما بقي من ملحمة الكلية فهي نسبة بولة الدم الى بولة البول ودليل على حالة المصفاة الواقعة بينهما فمهما تبدل افراز البولة (م = مقدار البولة المفرزة في وحدة من الزمن ٢٤ ساعة) وتكثفها (ك — كمية البولة في لتر من البول) ومقدارها في الدم (ب — بولة الدم) بقيت هذه التبدلات منظمة واعطت عدداً ثابتاً متى قسمت بولة الدم على الجذر المكعب من مقدار البولة المفرزة في وحدة من الزمن ٠

وقد ادخل امبار على صيغته بعض الاصلاحات فهذه المرتبة في الشخص السليم تتراوح بين ٠،٠٦٥ و ٠،٠٨٠ وهي تزداد كلما ساءت وظيفة الكلية ٠ وليس في هذا الامر ما يدعو الى العجب لانه متى ازدادت بولة الدم لالتهاب طرأ على الكلية نقصت البولة في البول فازدادت المرتبة وقد ثبت بعد

التحريات الطويلة ان هذه المرتبة تعادل في الكهل الصحيح الكليتين ٠،٧٠ وانها فيه ٠،١٠٠ متى كانت احدى كليتيه سليمة فقط والاخرى قد فقدت وظيفتها او متى فقدت كل كلية من كليتيه نصف نشاطها . والعملية الجراحية جائزة في هذه الحالة اما متى تجاوزت المرتبة ١٥ ،٠ وكانت وظيفة الكليتين قد نقصت الى ما يعادل الربع فالافضل ترك المبضع جانباً .

غير ان مرتبة امبار لا تمكننا من معرفة ما اذا كانت الكلية الواحدة مصابة ام الكليتان ولا اي الكليتين هي المصابة وعليه لا بد من تقرير ذلك بالاعراض السريرية وخزع القطن او اجراء المرتبة على بول كل كلية على حدة .

واجراء مرتبة امبار يستدعي بعض الاحتياطات والا كان الخطأ فاضحاً فيجب ١ — ان تفرغ المثانة افراغاً تاماً بالقثترة صباحاً على الريق ويعين الوقت الذي تنتهي به القثترة ويهمل البول، ٢ — بعد ان يمر نصف ساعة يستخرج من وريد المريض مقدار من الدم كما رأينا في معايرة البولة .

٣ — بعد ان يمر نصف ساعة او ساعة كاملة يجمع البول كله من المثانة بالقثترة ويضاف الى ما باله المريض في ذلك الزمن اذا كان قد بال ويعين الوقت ويوزن المريض ويبعث بجميع هذا (البول والدم والمعلومات) الى المخبر . غير ان هذه المرتبة التي تستند الى مبادىء صحيحة تعترضها في الممارسة صعوبات جمة فتخطىء مدلولاتها ونتائجها .

فان تبدلات افراز البولة والخطأ في الحساب وتنوعات الطرق في معايرة البولة كل هذا يدعو الى تباين النتائج بين فحص وآخر .

ولا تفيد هذه المرتبة في الاولاد الذين يبتعد وزنهم جداً عن الوزن الذي

قوره امبار ولا في المصابين بانحباس الكلورور الذين تكون دماؤهم ممددة بما حبسه الكلورور من الماء فيها فتنقص نسبة البولة في دمائهم ولا في المصابين بالداء السكري المصحوب بالبوالة (polyurie) الذين تهبط نسبة البولة في ابوالهم ·

ففي جميع هذه الحالات لا تعد مرتبة امبار واسطة جازمة بل واسطة يحسن التمسك بها متى جاءت نتائج الوسائط الاخرى مثبتة لها ·

٣— اختبار الفانول سلفون فتالئين (phénol-sulfone- phtaléine) هو اسهل اجراء من مرتبة امبار واصح دلالة منها وقد انتشر استعماله وسيعم · فهو لا يستدعي معونة المخبر بل علبة مجهزة بما يحتاج اليه الطبيب في عمله يحضرها في فرنسة معمل برينو (Bruneau)

ويقوم هذا الاختبار بتبويل المريض اولاً فيحقن عضلات اليته او كتلته العجزية القطنية بسنتمتر مكعب واحد من محلول الفانول سلفون فتالئين الذي نسبته ٦ بالالف · وبعد ان تمر ساعة وعشر دقائق على الحقنة يبول المريض او يقثتر ويجمع البول في مخبار سعته لتر · ويعاد قلوياً بمحلول الصوده ويعرف ذلك بتلونه بلون احمر ثم يضاف الى البول ماء حتى اللتر ويرج المزيج ويملأ منه الانبوب الشاهد ويقابل لونه بالوان الانابيب القياسية وقد كتبت عليها ارقام ٣٠،٣٥ حتى الستين ·

فمتى بدا في الانبوب الشاهد لون شبيه بلون الانبوب القياسي كان معدل افراز الكلية للفنول سلفون فتالئين معادلاً للرقم الذي كتب على الانبوب واذا كانت السرعة واجبة اجريت الحقنة في الوريد واستمر الاختبار نصف ساعة فقط ، وتبدل الانابيب القياسية كل سنة لان لونها يحول ·

واننا نورد الان جدولاً وضعه مريون تظهر فيه مناسبات الطرق المختلفة ·

بولة الدم	المرتبة	فانول سلفون فتالئين بخلال ساعة
٠،٣٠	٠،٠٧٥	٥٧
٠،٤٠	٠،٠٧٨	٥٣
٠،٥٠	٠،١٣٥	٣١
٠،٨٠	٠،٢٠٠	١٨
١	٠،٢٨٠	١١

فمتى كان الافراز ٦٠ بالمائة بعد الحقن بسبعين دقيقة كانت وظيفة الكليتين حسنة ، لان الكليتين المريضتين تفرزان اقل من ذلك ·

ويجرى هذا الاختبار في سياق فصل البولين احدهما عن الاخر وتجنى منه معلومات دقيقة عن مقابلة احدى الكليتين بالثانية ·

ومن حسناته ان افراز هذه المادة لا تؤثر فيها سوى افات الكليتين وان العوامل الخارجة عنهما لا تأثير لها البتة ·

٤ — البوالة الاختبارية : تمكننا الطرق السابقة من معرفة حالة المصفاة الكلوية بما يختص بافراز المواد الذائبة غير ان هذا الامر لا يمثل وحده وظيفة الكلية جميعها لان افراز المادة المذيبة نعني بها ماء البول مهم جداً في معرفة وظيفة الكلية فالبوالة الاختبارية المجراة على البولين المنفصلين او على البول جميعه تحقق سرعة افراز الماء ·

يحمى الشخص عن كل طعام وشراب اربع ساعات وتفرغ مثانته ثم يترك نصف ساعة و يبول في قدح مدرج وتقاس الكمية التي افرزها وهو صائم عن الماء في نصف ساعة ثم يسقى ٥٠٠ سم^3 ماء ويجمع بوله كل نصف ساعة ثلاث

مرات متوالية وتقاس الكمية كل مرة ففي الحالة الطبيعية يزداد افراز البول في نصف الساعة الثاني وينقص في بدء النصف الثالث فاذا لم يزدد البول في انصاف الساعات الثلاثة التي تعقب شرب الماء ازدياداً محسوساً عن نصف الساعة الذي سبق الشرب قيل ان الشخص لا يتفاعل ازاء البوالة الاختبارية · وقيل انه يتفاعل متى ازداد افراز البول ومرَّ شيء من نصف اللتر الذي شربه المريض وكلما كان المقدار المفرز كثيراً كان التفاعل شديداً · واذا رغب في فصل البولين لم يتبدل شيء في طرز اجراء الاختبار · غير ان البوالة الاختبارية لا تعد صحيحة الدلالة الا متى كان امتصاص الامعاء للماء طبيعياً وهذا ما لا يستطاع الجزم به وعليه يعاد الاختبار مرات متوالية ليحكم بصحته ·

ولربما تأثرت الكليتان وتبدل افرازهما بعد قثترة الحالبين فتشوشت النتيجة وعليه يجب ان تقابل نتيجة الافراز بعد القثترة بنتيجتها قبلها ، غير ان القثترة مفيدة وكبيرة الدلالة لانها تمكننا من معرفة وظيفة الكليتين جيداً وذلك متى تفاعلت كلية ازاء البوالة الاختبارية ولم تتفاعل الثانية · ولهذا الاختبار فائدة ايضاً في معرفة افراز الكلية للبولة لا في الاطلاع على درجة تكثفها فمتى كانت الكلية طبيعية افرزت من البولة في ساعتين زهاء ٠،٨٠ سنتغراماً ·

٥ — التكثف الاقصى (concentration maxima) اذا كان مقدار البولة المفرز في لتر من البول لا يدل دلالة صريحة على حالة الكلية متى لم يعرف جوهر المواد الغذائية وثقلها خلال اليوم الذي جمع الشخص به بوله فان تحري المقدار الاقصى الذي تتمكن الكلية من افرازه في لتر من الماء كبير الدلالة في انذار بعض انحباسات البولة في الدم · فهذا التكثف الاقصى الذي به تتمكن كلية الشخص من

افراز البولة يطلعنا على جوهر ملحمة (برنشيم) الكلية (وقد رأينا ان مرتبة امبار تطلعنا على كمية تلك الملحمة) ٠

ان معدل البولة في الدم هو ٠،٣٠ سنتغراماً لكل لتر فاذا كانت الكلية الا تفرز البولة الا متى كانت كثافتها منخفضـة كان عليها ان تفرز ١٠٠ لتر في اليوم لتفرغ معها ٣٠ غرام بولة فالكلية تكثف البولة اكثر من ١٠٠ مرة وتفرزها بسهولة متى كان تكثفها ٣٠—٤٠ في الالف ٠ ولربما بلغ تكثفها متى لم يتناول الشخص ماء كثيراً او متى كان العرق غزيراً اشد دون ان يتجاوز ٥٥ في الالف ٠ فمتى كان الشخص سليماً وكهلاً يفرز في يومه ٣٠ غرام بولة في لتر ونصف لتر من البول فيكون تكثف البولة ٢٠ في الالف او في لتر من البول فقط فيكون تكثفها ٣٠ في الالف أو ٦٠٠ سم٣ من البول فيكون تكثفها ٥٠ في الالف ولا تزداد البولة في دمه مطلقاً لانها تنفرغ انفراغاً تاماً (جامبرو)

اما المريض المصاب بالتهاب الكلية فلا تتمكن كليتاه من تكثيف البولة الا لعشرة في الالف فيكون مضطراً الى افراز ٣ التار بول ليفرغ معها ٣٠ غرام بولة واذا هبط هذا التكثف الى ٥ في الالف كان عليه ان يفرز ٦ التـار بول وقس على ذلك ٠ فاذا لم يفرز الا لتر بول فقط لم يفرغ من البولة الا عشرة غرامات في الحالة الاولى وخمسة غرامات في الحالة الثانية فتجتمع البولة في الدم وتتراكم وتعلو نسبتها فمتى طرأ على المريض ما يقلل بوله كالتخدير والصدمة الجراحية والاقياء كان من الواجب قبل تعريضه لهذا الامر ان يعرف مقـدار البولة الاقصى الذي تتمكن ملحمة الكلية من افرازه مع لتر من البول ٠

وطريقة العمل هي : يعطى المريض كل يوم ٣—٤ التـار لبن خاثر بعد

ازالة المصل منه بوضعه في كيس قماش ويضاف الى كل لتر ٣٠—٤٠ غرام سكر ويثابر على هذا النظام الغذائي ثلاثة ايام ويمتنع عن كل غذاء سوى هذا وعن السوائل ايضاً الا في اليوم الثالث الذي يسمح به للشخص بتناول جرعات قليلة من الماء . ويتحرى التكاثف الاقصى في اليوم الرابع ويجوز اجراء هذا الاختبار على بول الكليتين او بول كل كلية على حدة . فمتى كانت الكلية سليمة كانت درجة التكثف الاقصى فيها ٥٠ في الالف ومتى كانت مريضة هبطت هذه الدرجة الى ٢٠ او ١٥ أو ١٠ وربما الى اقل من ذلك . فمتى كانت الكليتان قادرتين على التكثيف قاومتا التبويل (oliguria)والا انحبست البولة في الدم .

وهذه الطريقة دقيقة للغاية غير انها تزعج المريض لانها تضطره الى الحمية ثلاثة ايام وهذا سبب اهمال الاطباء لها واكتفاؤهم في اكثر الاوقات بالطرق الاخرى

وصفوة القول ان معايرة بولة الدم ومرتبة امبار واختبار الفانول سلفون فتالئين مفيدة كل الفائدة في ايقاف الطبيب على حالة الكليتين معاً (غير ان الفتالئين افضل الطرق الثلاث متى اختلفت نتيجة معايرة البولة عن نتيجة المرتبة) غير ان تشخيص مقر الافة وحصرها في كلية واحدة او الحكم بمرض الكليتين معاً يستدعي قثترة الحالبين — ويعرف هذا الامر في الممارسة بدرس افراز البولة (٠،٨٠ سنتغرام بولة على الاقل خلال ساعتين متى كانت الكلية صحيحة) —واجراء البوالة الاختبارية التي تبين ان الكلية التي يحتفظ بها قادرة على القيام بما يطلب منها .

واذا كانت النتائج المستقاة ناقصة او مشكوكا فيها يجرى اختبار البوالة على الكليتين معاً لمقابلته مع نتيجة البوالة الاولى واختبار التكثف الاقصى .

ومهما يكن الامر فلا بدَّ من النظر الى حالة المريض العامة

المعهد الطبي العربي ومؤلفاته

امام مجمع الطب الفرنسي

ترجمها الحكيم ميشل خوري

طالعنا في النشرة الاسبوعية التي يصدرها عن باريس مجمع الطب الفرنسي والمؤرخة في ٢٠ تشرين الثاني سنة ١٩٢٨ ان حضرة الاستاذ سرجان (Sergent) احد اعضائها القى في الجلسة المنعقدة بالتاريخ المذكور كلمة تتعلق بكتاب السريريات والمداواة الطبية الذي وضعه الاساتذة الحكماء ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي . وقد اثرنا نقلها لقراء هذه المجلة فيما يلي: قال الاستاذ سرجان .

لي الشرف بان اقدم الى ندوتكم الموقرة كتاب السريريات والمداواة الطبية الذي وضعه الحكماء ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي الاساتذة في معهد الطب بدمشق . وهذا المؤلف الذي وضع على اساس التعليم السريري الفرنسي هو مثال أمثل للسريريات والمداواة الحديثة . وهو عملي في جوهره والغرض من وضعه ان يكون المرجع الاول لاطباء العرب لا سيما وقد كتب بلغة عربية فصحى هي من خير ما يكتب في جميع البلاد الناطقة بالضاد . ومصطلحاته الفنية العربية صالحة توافق مدلولاتها الاجنبية كل الموافقة ولكي يسهل فهمها ذكر الى جانبها ما يقابلها باللغة الفرنسية واما المصطلحات القديمة التي لم تعد دلالتها صالحة فقد اهملت واستعيض عنها بمصطلحات حديثة . وعليه فان في الكتاب المذكور ما يوقظ التقاليد العلمية العربية التي ما برحت غارقة في سباتها منذ القرن السابع للهجرة . كما انه يعد اثراً خالداً ينصب على شرف العلم الفرنسي واللغة الفرنسية وواسطة قيمة لاذاعة فضل طرائقنا وللاعلان عن حمّاتنا (مياهنا المعدنية)

ومركباتنا الصيدلية · وهو ولا شبهة يعين على جعل اللغة الفرنسية ذات المقام الثاني في العالم العلمي العربي · أه

وقد قرأنا في النشره الصادرة بتاريخ ٤ كانون الاول سنة ١٩٢٨ نص التقرير الذي قدمه الى محفى الطب الموسيو اشار Achard ، السكرتير العام لهذا المحفى وهو يتضمن وصفاً مسهباً لرحلته التي قام بها في الشرق منذ مدة وجيزة متفقداً مدارسة الطبية وواقفاً بنفسه على مبلغ نشاط الروح العلمية فيه · واننا ننقل للقراء فيما يلي ما ذكره الموسيو اشار عن معهدنا الطبي :

· · · اما في دمشق فان المعهد الطبي العربي موءسسة حديثة العهد ابرزتها الى عالم الوجود في البيئه السورية النيرة هذه الرغبة الملحة التي تريد ان تجدد عهد جامعة دمشق القديمة وان تجعل للمرة الثانية من هذه المدينةالتاريخيةعاصمة من عواصم الفكر الاسلامي ·

وقد وجدت ان رئيس هذا المعهد رضا سعيد بك الذي كان غائباً حين زيارتي ونائبه طاهر بك يبذلان كل ما في وسعهما لأجل تقدمهذا المعهدوادخال كل جديد مستحدث اليه لجعله يضاهي ارقى مدارس الطب · وهو يتألف من ٣ شعب هي شعب الطب والصيدلة وطب الاسنان وفرعين هما فرعا القبالة والتمريض · ويشتمل على مستشفى للتعليم مجهز باحدث التجهيزات والهمة مبذولة لتكبيره واحداث اجنحة جديدة خاصة بالولادة والامراض السارية واقسام أخرى لاجل فروع الاختصاص والمخابر · وهو الان يحتوي على ١٢٠ سريراً وسيضاف اليه قريباً ٥٠ سواها ·

ويقوم اطباء داخليون بمناظرة المستشفى وهوءلاء يعينون على اثر مسابقة

تقام بعد نيلهم اجازة الطب وتدوم وظيفة كل منهم سنة كاملة · ولقد تعرفت الى اربعة من هؤلاء الاطباء اثنين منهم كانا مدعوين لتقلد وظائف رسمية في الحجازوالعراق· وذلك داعٍ الى الاغتباط فان مدرسة الطب السورية الفتية آخذة بارسال مخرجيها الى الاقطار العربية المجاورة مما يعود بالفائدة الجزيلة على جميع هذه الاقطار ·

واما برنامج الدروس فيكاد يكون مطابقاً للبرنامج الفرنسي · غير ان الامتحانات السريرية تجرى في نهاية سني الدراسة وتؤلف قسماً من امتحان اجمالي في كل مواد البرنامج و يسمى بامتحان الدكتوراه · وكما هو الحال في بيروت فان الطالب المنتهي لا يجبر على تقديم اطروحة الدكتوراه ·

وتلقى الدروس بالعربية و بعضها يعطى بالفرنسية من قبل اساتذة فرنسيين عددهم الان اربعة وهم الدكتور لوسركل للجراحة وجود للأمراض العصبية والعقلية وترابو للتطبيقات السريرية الباطنة وجينسته لطب الاسنان · وقد الف هؤلاء كما الف سواهم من اساتذة المعهد كتباً قيمة يتداولها الطلاب ·

ولم يهمل في دمشق الاستعداد للدروس الطبية · فقد تقدم فيها التعليم الثانوي تقدماً عظيماً ولا يسمح الان بدخول معهدي الطب والحقوق فيها الا لنخبة مختارة من الطلبة بعد جوازهم امتحان البكالوريا السورية الذي يرجع الفضل في تأسيسه الى الموسيو راجه مستشار المعارف العامة في سورية ومن مقتضيات الامتحان المذكور ان يكون الطالب راسخاً في العربية والفرنسية · وهو يحل محل الشهادة القديمة التي كانت تمنح حين نهاية الدروس وتعطى بسهولة تحت تأثير التوسط او التدخل الخارجي ·

وتعطى دروس صف العلوم(P.C.N.) في بنايات قوية رممتها الجامعة بعناية فائقة بعد ان استلمتها من الاوقاف وهي واقعة في تكية السلطان سليمان القانوني التي كانت فيما مضى مدرسة لتخريج العلماء ومأوى لحجاج البيت الحرام وقد تولى مهندس معماري حاذق يدعى الموسيو دارندا — الذي هو قنصل اسبانيا بدمشق — ترميم البنايات المذكورة محافظاً بكل دقة على شكلها الفني العربي . وصف العلوم الآنف الذكر مرتبط رأساً بمعهد الطب . ويعطي بعض دروسه اساتذة المعهد انفسهم .

ومما يجب ذكره ان علاقة الطلاب باساتذتهم الفرنسيين من افضل العلاقات فقد حدث في زمن الثورة ان ذهب وفد من الطلاب الى مدام جود لتهدئة روعها موءكدين لها ان ليس هنالك ما تخشاه على زوجها او على نفسها . وانهم اعترافا بفضل استاذهم يبذلون ما في وسعهم لاجل حمايتها . افليس في هذا ما يشرف الطلاب والاستاذ معاً ؟ ؟

واذا ذكر العمل المجيد الذي يتوطد به النفوذ الفرنسي في الشرق الادنى فانه من العدل ان توضع في مكانها السامي اللائق بها تلك الجهود الثمينة التي يبذلها الطبيب الجنرال دوغه مدير الصحة في جيش الشرق ومفتش الصحة العام في المفوضية العليا فان ما يتصف به من العبقرية وما يتمتع به من السلطة التي ينفذها بكل عطف على مأموريه مستحثاً اياهم على العمل ، وما يظهره من الحزم والثبات في منصبه كل ذلك مكنه من تنظيم دائرة الصحة والاسعاف في كل البلاد المشمولة بالانتداب ومن الاشتراك الفعلي في اصلاح التثقيف الطبي في دمشق كما في بيروت .

مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكت موفق الشطي
الاستاذ في معهد الطب بدمشق

١ً — الطب والموسيقي

عرف منذ عهد اسكولاب ان للموسيقي تأثيراً عظيماً في الجسم فالموسيقي تؤثر في حالة الانسان الروحية ولهذه الحالة الروحية علاقة وثيقة بالحالة الجسدية ٠

لنأخذ مثلا على ذاك عزف الانغام الشجية في اثناء الطعام فانه يبعد عن السامع الافكار المحزنة التي قد تزعجه فيزداد اشتهاؤه ويسهل عليه الهضم ٠ وقد عرف هذا التأثير منذ عهد قديم حتى ان موسيقيي العصور الغابرة استثمروا براعتهم لشفاء بعض الحالات التي تطرأ على الانسان ولاسيما الاحوال التي تخالطها افعال شيطانية بعرف ذلك الزمن وهذا ما طرأ على الملك شاوول الذي لبست روحه الشياطين واخذت تعذب جسمه عذاباً مزعجاً حتى أعيا امره الاطباء فتقدم اليه داود بآلة موسيقية تطرد انغامها الوساوس الشيطانية واخذ يوقع عليها انغاماً مفرحة فاستراح الملك ٠

وقد عرف اليونانيون فائدة الموسيقي في الطب فقال ديموقريط واولوجل ان القيثارة دواء عجيب يسكن لحنه الرخيم الام عرق النسا (العصب الوركي)

تفشى داء الرقص في القرون الوسطى فظن الاوربيون ان شفاءه لا يكون الا بالانغام فاهتمت السلطات بذلك واخذت تجهز حملات الموسيقيين على هذا المرض الوبيل ويقول هكر ان هذه الطريقة افادت بعض الفائدة وكان المرضى

لا يطيقون استماع الانغام غير الموزونة ·

وادعى جيامبا تيستا بورتو في بدء العصر السادس عشر ان لانغام الآلات الموسيقية المصنوعة من نباتات طبية فائدة النباتات نفسها ·

هذه هي بعض اراء الاقدمين وقد جربت انغام البيانو في نيويورك على ١٤٠٠ مريض فافادت · ولا شك ان للنظم في الانغام تأثيراً مقوياً عظيماً ولا يخفى على احد ان الفرق العسكرية التي تسير في الحر سيراً متعباً وهي تنشد الانغام وتسمع اصوات الموسيقي العسكرية لا تشعر بالتعب ·

ووضع الحكيم هونتر (١٨٩٢) من انكلترة بيانو في قاعة المرضى فلاحظ ان انغامه تخفف الالام او تزيلها وقد نقصت الحرارة في سبعين بالمائة من المرضى ·

وقد ذكر الدكتور الروسي بشنسكي سنة ١٨٩٦ انه عالج طفلاً مصاباً بخوف شديد في الليل باساليب متعددة فلم ينجح احدها فأشار على والدته ان تسمعه في الليل انغام الفالس وقد تحسنت حالته على اثر ذلك فتركت العزف فعاد الاضطراب الى الطفل فكررت العزف على الآلة في كل ليلة ففي اليومين مرة فكل ثلاثة ايام مرة واستمرت على هذا المنوال الى ان تم الشفاء وقد عالج احد الاطباء الفرنسيين ولده المصاب بأرق والام بأنغام القيثارة فتحسنت حالة الطفل وقد لاحظ اطباء المستشفيات في سياق الحرب وبعدها ان الموسيقي مفيدة جداً فهي تخفف من لوعة الالام وتزيل الاوهام وتنشط المعنويات وتزيل الكلل وتحي الأمل ·

لنذكر الآن كيف تأتي الانغام الموسيقية بهذه الفوائد ؟

اجري دوجيل سلسلة تجارب في الانسان والحيوان استنتج منها ما يلي :

١ — للموسيقي في الانسان والحيوان تأثير في الدوران الدموي ·
٢ — ينخفض التوتر او يرتفع حسب الانغام ·
٣ = تزيد الالحان الموسيقية في الغالب تقلصات القلب ·
٤ = يزداد عدد الانفاس ·
٥ = يختلف التوتر باختلاف شدة اللحن وعلوه

ان الالام تحدث الانزعاج بخلاف الموسيقي التي تريح النفس وتخفف عنها وتنبه السرور والفرح فمتى عزفت الانغام على مسمع من متألم تخاصم المنبهان المزعج والمسر في محكمة الضمير فان كان الاول اقوى ظل الالم والا تحسنت الحالة وما قيل في الالام ينطبق على الارق ·

وينجم تأثير الموسيقي الحسن ايضاً من انتقال التنبيه الى الجملة العصبية الودية التي تعمل عملاً مختلفاً في عدة اعضاء يتضح لنا بذلك تأثيرها المنشط في الاغتذاء والهضم · وقد وضع احد الاطباء الامير كان الحكيم روبر شوفلر كتاباً في المداواة الموسيقية ووصف فيه لكل داء قطعة موسيقية خاصة ·

٢ً — سباب نتن الانف (ozène) ومداواته

لا يزال نتن الانف في زمرة الامراض العويصة التي لم يعرف سببها حتى اليوم · وقد لاحظ الاطباء ولا سيما الاختصاصيون ان هــذا الداء عيلي ــفي الغالب فخيل اليهم ان للأرث دخلاً في احداثه · وقددلت الفحوص السريرية على ان انوف المصابين به مفلطحة ورؤوسهم قصيرة وقد خص هذا الداء ــفي بعض مناطق جغرافية فهو كثير في كونغسبرغ وفي اسبانية والصين واليابان واليونان ·

بدا لعليشان في المانيــا وهالفن في فرنسة ان نتن الانف يصيب المراهقين بالخاصة فنسبه الاول الى وقوع تبدلات كيماوية في الدم (ازدياد شحم الصفراء « كولسترين » ازدياداً فائقاً) والثاني الى نقص مفرزات الغدد الداخلية الافراغ واعتقد غلاشيب (Glasscheib) ان هذا المرض الانفي ليس الا تظاهراً لمرض عام عضوي وليس الضمور الذي يصيب عظام الانف فيــه الا رمزا لضمور العضوية العام فالمعثكلة (بنكرياس)ضامرة وافرازها الباطن مضطرب، وشاهد ان مخمرات الشحم في الدم كانت ناقصة في ثلاثين حادثة ·

جرب بعض الاطباء على اثر هذه النظرية مداواة هذه العلة بالحقن بالانسولين فشفي من المرضى ٢٠ ٪

وجرب اريخ فرنك (Erich Frank) السنتالين (synthaline) ووضــع قطيلات في الحفرتين الانفيتين مبللة بالانسولين ·

وعزا بعضهم هذه العلة الى قصور المبيضين في النساء

وفكر الفرنسيون في ان هذه العلة ناجمة من خراب العقدة الحنكية الوتدية

(ganglion sphéno - palatin) استناداً الى الاعراض الاتية : ازرقاق الاطراف الدائم القليل الالم (acrocyanose) ضيق الحدقتين اسراع القلب وخزع بورتمان (Portmann) و لومتر (Lemaitre) الالياف الوديـة من حول الشرايين السباتية (sympathicectomie péricarotidienne) في بعض حوادث فنجحا

و يقول ساك (Sack) انه احدث نتن الانف باستئصاله للعقدة الوتديـة الحنكية ٠

وقد نشر ورمس (worms) حادثة التهاب انف ضموري نتن وحيـد الجانب ظهرت في جندي على اثر اصابته بمرم ناري في عقدة مكل وظن بعضهم ان نتن الانف مرض عفن فاخذوا يفتشون عن الجرثوم المحدث ففصل البعض مكورات عقدية مختلفة وفصل آبل (Abel) ولونبرغ (Lowenberg) عصية من نوع عصية فريد لاندر وبرز (Pérez) عصية مكورة في قشور الانف النتن وعرف بلفنتي (Belfanti) عصية من نوع العصيات الذباحية الكاذبة فاستعمل مصلا مضاداً لها فشفي بعض مرضاه فاستنتج انها هي السبب المحدث ٠

و يعتقد لوتنشلاغر (Lautenschlager) ان نتن الانف قد ينجم من جميع الجراثيم المحدثة لامراض نفاطية في الاطفال ٠

وما نتن الانف حسب رأي هيرخ (Hirch) الا التهاب في عظم القرينات الانفية وسمحاقها ، وهو ناجم على رأي فيوسنس (Vieussens) وروج (Rouge) وميشل (Michel) من امراض احد الاجواف الملحقة بالانف (التهاب الجيوب الغربالي ، الجبهي ، الوتدي ، الفكي) وقد اخذت هـذه الفكرة تروج في ايامنا الحاضرة ٠

ولا شك ان للزهري دخلا عظيماً في احداثه ويمتاز نتن الانف الزهري بامكان شفائه في الغالب ·

اما المداواة فتقوم بغسل الانف بنصف لتر ماء صباحاً و بنصف لتر آخر مساءً ولا بأس في حل مادة مطهرة فيه ، ويجب الاستمرار على هذه المعالجة مدة طويلة (عدة شهور) ·

وقدجرب تبطس (Taptas) منذبضع سنوات المداواة بالاستدماء الذاتي (autohémothérapie) فاستفاد مرضاه في ايام معدودة ، وجربت اللقاحات فلم تكن فائدتها عظيمة ايضاً ، واستعملت مواد مطهرة ملونة فلم تفد · وسعى بعض المؤلفين الى تضييق حفرتي الانف بطريقة التصنيع او بحقن القرينات بالبارافين فكانت النتائج احسن من النتائج التي جنيت من الطرق السابقةولكن الالتجاء الى هذه الطريقة غير جائز ما لم تغسل الطرق الاخرى ·

وحقن غونس (Guns) المرضى بـ ٢ ٠/٠ بيلوكربين عملاً بالنظرية الودية وعاين مرضاه فرأى ان القشور قد قلت ولم يعد الانف جافاً و بدا الغشاء المخاطي اقل احتقاناً الا ان الرائحة النتنة لم تزل ·

يستنتج من تعدد النظريات وكثرة طرق المداواة ان الغموض والابهام لا يزالان مخيمين على هذه العلة المزعجة ·

الجزء ٣ المجلد ٦

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٢٩ م • الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٧ ه

تقرير عميد الجامعة السورية

الحكيم رضا سعيد بك

عن موءتمر القاهرة الطبي

بناءً على القرار رقم ٥٦٠ القاضي بتأليف لجنة من اساتـذة المعهد الطبي العربي لتمثيل المعهد في موءتمر امراض البلاد الحارة الدولي الذي يعقد في القاهرة في كانون الاول ١٩٢٨ بمناسبة العيد المئوي لتأسيس معهد الطب المصري •

ذهبت هذه اللجنة[1] للقيام بهذا التمثيل وهي ترفع تقريرها الرسمي بما لقيته في هذه المهمة مجملة ذلك في ابحاث اربعة •

١ – خلاصة وصف الموءتمر

٢ – اعمال الموءتمر العلمية

٣ – فائدة امثال هذا الموءتمر

٤ – ما نراه مفيداً من هذا الموءتمر

(١) كانت اللجنة موءلفة من الاستاذين الحكيمين حمدي الخياط والموسيو ترابو تحت رئاسة معالي عميد الجامعة السورية رضا سعيد بك «المجلة»

١ — خلاصة وصف الموءتمر

افتتح الموءتمر الدولي لامراض البلاد الحارة وعلم الصحة في القاهرة في الساعة الحادية عشرة من اليوم الخامس عشر من شهر كانون الاول ١٩٢٨ . بحضور صاحب الجلالة فوءاد الاول ملك مصر المعظم في دار الاوبرا الخديوية وبعد ان اعلن جلالة الملك افتتاح هذا الموءتمر قام سعادة محمد شاهين باشا وكيل امور الصحة ونائب رئيس لجنة الموءتمر والقى بين يدي جلالته خطاباً شيقا بين فيه الاسباب الداعية الى عقد هذا الموءتمر في مصر ورحب بالاعضاء الموءتمرين وتمنى لهم التوفيق في اعمالهم وحسن الاقامة في مصر كما انه قدم لجلالة الملك مدالية المؤتمر المنقوش على وجهها رسم (امحوتب) الذي كان يعتبر احد آلهة الطب عند المصريين القدماء ثم قام كبير المندوبين الالمان فالقى كلمة وجيزة اشار فيها الى مجهودات العلماء والاطباء الالمان الذين نزلوا مصر منذ انشاء مدرسة الطب المصرية ونوه بالبحوث التي اسفرت عن كشف مرض البلهارسيا .

ونهض بعده كبير المندوبين الاميركيين فافاض في وصف الحضارة المصرية ثم استطرد الى الكلام عن اهمية هذا الموءتمر وختم خطابه بابلاغ جلالة الملك تحية رئيس الجمهورية الاميركية .

وتبعه كبير المندوبين الفرنسيين فاشار الى العلاقات القديمة التي تربط فرنسة بمصر ونوه بالخدم الجليلة التي اسداها بعض الفرنسيين في ذلك القطر كشمبليون ومار يت ودولسبس وقال ان من دواعي فخر الشعب الفرنسي واغتباطه ان يكون واضع نواة مدرسة الطب المصرية فرنسياً وهو كلوت بك .

ونوه بحسن العلاقات بين الامتين المصرية والفرنسية وختم خطابه بقوله انه قد كلفه عميد كلية مونبليه ان يقدم الى كلية الطب المصرية الرسالة الطبية التي قدمها كاوث بك الى مدرسة مونبليه لاحراز الشهادة العليمية (دكتوراه) فكان لهذه الهدية السنية وقع حسن ·

وتلاه كبير المندوبين البريطانيين فقال انا لا ننسى ان علينا دينا لمدنية مصر القديمة كما اننا لا ننسى ان فجر العلوم الطبية انبثق من هذه البلاد التي هي عقد الاتصال بين الشرق والغرب ثم استطرد الى القول عن نهضة مصر الحاضرة ونوه بما فيها من الاصلاحات الصحية بالخاصة وفي مقدمتها انشاء المستشفيات واثنى على القائمين بها والساهرين على رفاهية هذا القطر ورخائه وعلى رأسهم جلالة الملك ·

وتكلم بعده المندوب الرسمي لحكومة اليونان وافاض في وصف رعاية جلالة الملك للعلم واهله وعطفه على رجاله ·

وخطب كبير المندوبين الايطاليين خطبة وجيزة اطنب فيها بمآثر المدنية المصرية القديمة وختمها بتحية جلالة الملك والشعب المصري وفي الختام نهض كبير المندوبين اليابانيين وقال انه في الوقت الذي تتحد فيه جهود السياسة في اوربة على تبديد شبح الحرب المخيف تتحد في الموءتمر الطبي الذي يعقد في مصر جيوش مشاهير الاطباء لمحاربة الجراثيم التي لا يقل فتكها الذريع عن فتك الحروب الهوجاء ثم قال ان المندوبين اليابانيين الذين قدموا مصر بهذه المناسبة انما قدموها ليستزيدوا علماً وعرفاناً وانهم يرفعون الى جلالة الملك فواد اسمى عبارات ولائهم واجلالهم · وقد قوبلت خطبته هذه بتصفيق الاستحسان الشديد ·

وهنا نهض جلالة الملك يحف به وزراؤه واعلن سكرتير لجنة تنظيم المؤتمر انتهاء الاحتفال ·

وفي الساعة الثالثة والنصف من ذلك النهار افتتح معرض الآلات الطبية والادوية بحديقة الجمعية الزراعية الملكية بالجزيرة بحضور صاحب الجلالة ايضاً ·

وكان هذا المعرض حسن الانتظام والترتيب عرض فيه كثير من الادوات الفنية الحديثة لمختلف شعب الطب وكثير من الادوية الحديثة · واهم ما كان فيه معرض الصحة المصرية الذي عرضت فيه نماذج ناطقة عن الجهود العظيمة التي تقوم بها وكالة الصحة هناك لمحاربة الامراض على اختلافها والامراض الخاصة كالرمد والبلهارسيا والانكيلوستوما بوجه اخص ، وكان في هذا الفرع قسم لصحة الاطفال عرضت فيه جميع الوسائل الواجب اتخاذها لوقاية الطفل في طفولته الاولى وطرق العناية به من نظافة ولباس وغذاء وما الى ذلك وكان هناك بعض القابلات او المرضعات يبين للجمهور كيفية الاستفادة من هذه المعروضات ·

ولم يكن هذا القسم مقتصراً على عرض هذه الاشياء الصحية فقط بل كان هناك قسم خاص بالتمائم والتعاويذ المختلفة التي يستعملها جهال المصريين والدعوة الى محاربتها · وكان هنالك نماذج من المستشفيات النقالة لمكافحة الامراض السارية والاوبئة بصورة جدية كما انه كان هناك مخبر (لابوراتوار) نقال يحوي جميع ما يطلب في مخبر لمكافحة الاوبئة المختلفة ·

اما الكتب التي عرضت من معهدنا في هذا المعرض فكانت موضع الدهشة والاستغراب من كثير من الاطباء الذين كانوا يظنون ان هذا لا يستطاع الا في

لغة اجنبية ولقد لقينا الاطراء والتشجيع من كثير من الزملاء حتى ان جريدة المقطم الغراء جعلت ذلك بين مواد افتتاحيتها المنشورة في العدد ١٣١١٥ تحت عنوان « تعليم العلوم العالية بالعربية ، مثال من دمشق » قالت : «ان مسألة تعليم العلوم العالية باللغة العربية وتاليف المؤلفات وتصنيف المصنفات لها بهذه اللغة مشكلة قديمة عولجت قبل اليوم في سورية ومصر في درس الطب وسواه وانقسمت الآراء فيها ففي كليات بيروت الطبية مثلا حكموا ان تعليم الطب بالعربية محال لتعذر تدبير الكتب اللازمة بها وصعوبة تاليفها وتنقيحها لتظل مجارية لتقدم العلوم السريع وقلة رواجها وعظم الخسارة المالية فيها · وفي مصر كانت السياسة وسطا بين اللغتين العربية والاجنبية ·

ولكن كلية الطب في دمشق جاءتنا الان ببرهان جديد على امكان تعليم الطب بالعربية وصنع الكتب اللازمة له بها واقامت الحجة على صحة هذه النظرية بمجموعة من الكتب النفيسة الفها اساتذة ذلك المعهد وطبعوها لفائدة تلاميذهم فاسدوا الى العربية خدمة جليلة وابدوا من الهمة والاجتهاد ما يكتب لهم بحروف من ذهب ·

شاهدنا هذه المجموعة في المعرض الطبي فلم نكد نصدق ما رات العين · ثم تفضل ناظر الكلية الدكتور الهمام رضا بك سعيد فاتحفنا بمجموعة منها وبعض منها ضخم يتجاوز عدد صفحاته الف صفحة وهو محلى بالرسوم اللازمة لايضاح متن الكلام ، فاعجبنا ايما اعجاب بهذه الهمة وهذا التفاني في الخدمة العامة · وسالنا حضرته كيف استطاعوا تذليل العقبة المالية فوصف لنا ما يلاقونه · ومنه يتبين ان هوءلاء الموءلفين لا يكسبون من عملهم سوى الشعور بصدق الخدمة

والارتياح الى تأديتها في مساعدة تلاميذهم وبنيهم وبلادهم يضاف الى ذلك بعض الاحيان شيء من الخسارة المالية ايضا ولا افضل من هذا في تقرير فضل العلم والانصراف اليه لذاته علاوة على ما فيه من الدلالة المشار اليها فيما تقدم على ما يستطاع متى صحت العزائم وصلحت النيات ·

ان دمشق ما برحت مصدراً من مصادر الالهام في العلم والصناعة والتجارة والفنون فلا غرو اذا جادت بهذا الثمر اليانع وظهر فضل ردحها على العلم والتاليف · فعسى ما تم لها من هذا القبيل ان يكون مثالاً يحتذيه سواها من المراكز العربية الكبرى» ·

هذا مثال من امثلة التشجيع وما كان لعرض هذه الكتب من التأثير في نفوس القوم في ذلك المؤتمر ·

وفي مساء ذلك اليوم اقيمت حفلة ساهرة رسمية فخمة لأعضاء المؤتمر في سراي عابدين ، امتدت الى ما بعد منتصف الليل لقي فيها المدعوون كل حفاوة واكرام وفي الساعة الحادية عشرة من يوم الاحد كانت حفلة وضع الحجر الاساسي لبناء كلية الطب والمستشفى بالروضه بحضور صاحب الجلالة الملك ·

وكانت لجنة الاحتفال قد استعدت لذلك احسن الاستعداد فنصبت على تلك الأراضي سرادقاً كبيراً قسمته الى عدة اقسام وافردت كل قسم منها لجلوس فئة من المدعوين ووضعت في ارجائه الكراسي والمقاعد المذهبة واقيم في صدره كرسي فخم لجلوس جلالة الملك · وجهزت منصة الخطابة بآلة (ميكروفون) ونصبت ابواقها فوق المنصة التي احاطت بحجر الاساس لتسمع الخطب جيداً وكان فريق من اساتذة كلية الطب وجماعة من تلاميذها النجباء يستقبلون

المدعويين بالحفاوة والاكرام ويرشدونهم الى الاماكن المعدة لجلوسهم . ولا يسعنا في هذا المقام الا الثناء على الذين تولوا اعداد هذه الحفلة العظيمة التي جاءت من افخم الحفلات واكثرها نظاما ووقاراً .

وفي الساعة الحادية عشرة اقبل صاحب الجلالة الملك فوقف الحاضرون وبعد الجلوس اعتلى الاستاذ احمد بك لطفي السيد مدير الجامعة ووزير المعارف منصة الخطابة والقى خطابه النفيس بمنطق عربي واضح فصيح وذكر ما لجلالة الملك على الجامعة من الايادي البيضاء والسعي في جعلها من ارقى الجامعات . ونوه بوضع حجر الاساس في بنائها الجديد بالجزيرة في ٧ فبراير سنة ١٩٢٨ حيث بناء كليتي الاداب والحقوق وشيك التمام وبناء دار الكتب، فبناء كلية العلوم، ثم بناء ادارة الجامعة ثم حي الطلبة، واستطرد الى وضع حجر الاساس في بناء كلية الطب ومستشفاها الكبير الذي سمي مستشفى الملك فوءاد الأول .

وما قاله في خطابه عن مدرسة الطب .

« اما مدرسة الطب التي اسسها جدكم محمد علي الكبير سنة **١٨٢٧** في ابي زعبل والتي يحتفل بعيدها المئوي الان فانها قد قامت بالواجب عليها من خدمة الانسانية طوال هذا القرن، ففيها تخرج اطباء مصر كلهم على التقريب . كما قد تخرج منها في العشر السنين الاخيرة ثلاثمائة وتسعة وسبعون طبيباً . ولم يقصر اساتذتها عن زملائهم في البلاد الاخرى من حيث انهم قد عكفوا في معاملكم على البحوث العلمية . وكثيراً ما استكشفوا من الامراض ومن طرائق العلاج حتى اخذ قصر العيني شهرة علمية بفضل اساتذته وخريجيه .

زادت شدة الحاجة الى الاطباء بما تبديه حكومات جلالتكم المتتابعة من

العناية بامر الصحة العامة وبما تقتضيه زيادة السكان واشتد اقبال الطلبة على الطب حتى ان عدد طلبة الطب الذي لم يكن منذ عشر سنين ليتجاوز (٢٣٦) صار يزيد شيئاً فشيئاً حتى بلغ الان (٦٢٩) عدا طلبة طب الاسنان وطلبة الصيدلة ومدرسة الممرضات . وقد ضاقت بهم المعامل وقصرت اسرة المرضى عن حاجاتهم .

سدا لهذه الحاجة اعدت حكومة جلالتكم هذه المنطقة الجميلة المجاورة لقصر العيني والتي تقدر ساحتها باربعة واربعين فدانا لاقامة مدرسة الطب ومستشفى فوءاد الاول الذي يسع (١٥٠٠) سرير، وقد تبلغ اكلاف هذا البناء المليون جنيهاً .

تلقاء نجاح مدرسة الطب في عملها وخدمتها للانسانية رات حكومة جلالتكم ان تقيم لها عيدها المئوي على انسب ما يأتلف ومركزها العظيم . ولم تجد في هذا العدد خيراً من ان تعقد بمناسبة هذا العيد الموءتمر الدولي لطب المناطق الحارة والصحة . وتلك فرصة وحيدة ليطلع فيها علماء العالم على اعمال كلية الطب وليقدروها قدرها الذي لا شك في انه سيكون تقديراً حسناً جزاء للجهود التي بذلها اساتذتها الاعلام .

كذلك رات حكومة جلالتكم ان يكون وضع حجر الاساس للبناء الجديد لهذا المعهد العظيم في اثناء هذا العيد الفخم تقديراً لكرامة العلم والعلماء التي اعتادت جلالتكم ان ترعاها وان توتيها من العناية النصيب الاوفر .

ثم عقبه جناب الدكتور مادن القائم باعمال الجامعة فالقى كلمة باللغة الانكليزية عن قرار مجلس ادارة الجامعة باهداء جلالة الملك لقب (دكتوراه) فخرية في الحقوق على اقتراح مجلس كلية الحقوق .

ثم نهض حضرة صاحب العزة علي بك سكرتير الجامعة العام واعلن هذا القرار باللغة العربية وتبعه حضرة صاحب العزة كامل بك عميد كلية الحقوق وتلا نص المحضر الرسمي للإهداء باللغتين العربية والفرنسية ثم وضع حضرته شهادة الدكتوراه في حلقة من الذهب ثم في صندوق من الفضة بديع الصنع وسلمه الى معالي وزير المعارف وتقدم معاليه الى جلالته ودفع به الى معالي كبير الامناء . فصفق الحاضرون تصفيقاً شديداً .

وبعد ما وقع جلالته محضر الاحتفال نهض يحف به الامراء والوزراء وسار الى حيث وضع حجر الاساس فوضع عليه جلالته الملاط بسطرين من الذهب . ثم حيا كبار الحاضرين وصافح معالي وزير المعارف وانصرف مشيعاً بالاجلال والاحترام .

واستوءنفت الحفلة في الساعة الثانية والدقيقة الاربعين بعد الظهر لمنح صاحب العزة الدكتور علي بك ابراهيم اللقب المهدى اليه من كلية الجراحة بلندن وهو لقب (رفيق) في كلية الجراحة الملكية . وبعد ان اعلن الدكتور مادن عميد كلية الطب نبأ اللقب العلمي المهدى الى نابغة مصر في الجراحة اعتلى منصة الخطابة الدكتور ابراهيم فهمي المنياوي وتكلم عن سيرة الدكتور علي بك منوها بكفائته ومقدرته وعلو همته ودماثة اخلاقه .

ثم نهض السر موينهان رئيس كلية الجراحين في لندن ودعا اليه علي بك ابرهيم واعلن قرار الكلية وسلمه (الروب) الخاص بها مع برائته . فتقبلها سعادته شاكراً بينما كان جمهور الحاضرين يهتف متواصلا و يصفق تصفيقاً شديداً .

ثم جرى بعد ذلك تقديم المندوبين الرسميين للحكومات والهيئات المختلفة فكان كل منهم عند المناداة باسمه يتقدم الى الدكتور مادن ويسلمه رسالته وبعد مصافحته يعود الى مكانه ٠ واستغرق ذلك الى نحو الساعة الرابعة ٠

وفي مساء ذلك اليوم توافد على نزل شيبرد بعض المنـدوبين من اعضاء المؤتمر وبعض الوزراء من اجانب ومصريين واساتذة الجامعة المصريـة اجابة لدعوة دولة رئيس مجلس الوزراء وكانوا كلهم مرتدين بملابس السهرة مع النياشين وقد تصدر المائدة الرئيسية معالي الدكتور حافظ بك عفيفي وزير الخارجيـة بالنيابة عن دولة رئيس مجلس الوزراء المريض وبعد العشاء تبادل الحاضرون كلمات المجاملة والترحيب وانتهت الحفلة بالنشيد الملوكي ٠

٢ — برنامج اعمال المؤتمر

لقد ابتدأ المؤتمر اعماله العلمية منذ صباح الاثنين في ١٧ منـه الى ظهر يوم الجمعة في ٢١ منه وقد قسمت بحوث المواد المعروضة على المؤتمر الى ١٧ قسماً ليتم البحث فيها في هذه المدة القصيرة وهذه الاقسام هي :

الامراض الباطنـة ، الجذام ، اللايشمانيـا ، الملاريا ، السل ، الزحار (الدوسنتاريا) ، امراض الاطفال ، الجراحة ، امراض النساء والولادة ، الرمد ، الصحة والاعمال الصحية ، علما الباتولوجيا والبكتريولوجيا ، المواضيع العلميـة ، علم الطفيليات ، البلهارسيا ، تاريخ الطب ، عرض مناظر سينمائية طبية وصحية

وكانت المحاضرات والبحوث المختلفة تلقى في قاعات الكلية ومستشفياتها ،

وكان قد عين مكان كل قسم من هذه الاقسام في صفحات برنامج المؤتمر المقرر وساعاتها كما انه كان يعلن بعض العمليات الجراحية المختلفة وعرض مشاهدات اخرى على لوحات الاعلانات في ساحة الكلية ·

وكان كل محاضر مقيد يلقي محاضرته بنفسه وبعد اتمامها يبدأ بمناقشتها ان كان هناك ما يستحق المناقشةو يدافع عنها صاحبها حتى تتقرر · وكان يطلب من كل مناقش بعد نهاية مناقشته ان يكتب في ورقة خاصة تقدم اليه فحوى مناقشته او ما قاله فيها ، لتحرر مع تلك المحاضرات في مجموعة اعمال الموءتمر · وبالنظر الى ضيق الوقت لم تقرأ بعض المحاضرات اذ لم يحضر اصحابها بالذات ، فاعتبرت كأنها قرئت وستطبع في تلك المجموعة المذكورة ·

ولقد أُقيم في اثناء هـذه الايام بعض حفلات شاي في القاهرة او في الضواحي في حلوان والقناطر الخيريـة والاهرام ترحيباً ومجاملةلاعضاءالموءتمر ، من قبل بعض الوزراء او الجمعيات الطبية · وقد أُقيم اثناءها كثير من الحفلات والدعوات الخاصة لفريق من المندوبين او الاساتـذة يقيمها بعض الطلاب او معارفهم ·

وفي الساعة العاشرة من يوم السبت الواقع في ٢٢ منه أُقيمت في الروضة حفلة منح درجات الشرف لبعض كبار الاساتذة والمندوبين من اعضاءالموءتمر · وهي الحفلة الختامية للموءتمر ·

وترأس هذه الحفلة حضرة صاحب المعالي الاستاذ احمد بك لطفي السيد وزير المعارف ورئيس الموءتمر ومدير الجامعة الكلية المصرية ·

وعند ما أزفت الساعة العاشرة اعتلى سكرتير الموءتمر منصة الخطابةواعلن

ان الجامعة المصرية بناء على قرار كلية الطب المصرية منحت بعض مشهوري الاطباء الذين اشتركوا في اعمال الموءتمر الطبي الدولي هذا لقب دكتور فخري في الطب من الجامعة المصرية ٠

وكان جناب الدكتور مادن يدعو هوءلاء الاطباء واحداً واحداً فكان كل منهم ينهض من مكانه و يدنو من منصة الرآسة و يقف بالقرب منها فيقدمه سعادة الاستاذ علي بك ابرهيم بعبارات وجيزة ينوه فيها بالمكانة التي يتبوأها في عالم الطب و يلبس عباءة اللقب حتى اذا انتهى من تقديمه تقدم هذا من منصة الرئاسة فيقف معالي الوزير و يسلمه شهادة اللقب المهدى اليه مشفوعاً بتهنئته ٠ فيقبله شاكراً و يقيد اسمه في السجل الذي اعد لذلك الى يسار منصة الرئاسة ثم يعود الى مجلسه مرتدياً عباءة هذا اللقب الفخري ٠ وكان مجموع اولئك الاعلام ثمانية عشرة فقط ٠

و بعد ذلك اعتلى جناب الدكتور مادن عميد كلية الطب المصرية منصة الخطابة وقال ان الاستاذ بيزانسون اعلن في جلسة افتتاح الموءتمر ان جامعة مونبليه اهدت الى كلية الطب المصرية نسخة من الرسالة الطبية التي قدمها المرحوم الدكتور كلوت بك الى جامعة مونبليه لاحراز (الدكتوراه) وانه ليسرني ان اعلن في الجلسة الختامية للموءتمر ان كلية الطب اهدت لقب (الدكتوراه) الفخري الى جناب رئيس جامعة مونبلية وانها تكلف الاستاذ بزانسون ان يحمل اليه (دبلوم) هذا اللقب ٠ فتسلمها جنابه بين تصفيق الحاضرين ٠

ثم اعلن جناب الدكتور مادن ان جناب الموسيو جبرائيل فين حفيد المرحوم كلوت بك بين الحاضرين و يقترح معالي المدير ان ينتهز الموءتمر هذه

الفرصة ليحيي في شخصه ذكر جده العظيم وصفق الحاضرون تصفيقاً شديداً متواصلاً بينما كان معالي المدير يصافح الموسيو فين .

واعتلى بعدها سكرتير المؤتمر وتلا اقتراح الوفد الهولاندي بان يعقد المؤتمر الطبي الدولي القادم في مدينة امستردام في سنة ١٩٣١ واقتراحاً آخر من الوفد الاميركي بان يعقد في احدى مدن القارة الاميركية فقررت اللجنة ان تقبل اقتراح الوفد الهولاندي اولاً لان هولاندا اسبق من دعا الى ذلك المؤتمر وكانت مزمعة على اقامته في هذه السنة ولكنها تنازلت عنه الى الحكومة المصرية وتقرر ايضاً ان يكون المؤتمر الذي بعده في سنة ١٩٣٤ في احدى مدن العالم الجديد فقوبل ذلك بالقبول .

ثم اعلن حضرته ان المعهد الصحي البريطاني اهدى لقب (رفيق فخري) الى سعادة الدكتور شاهين باشا فصفق الحاضرون طويلاً .

وفي الختام نهض معالي مدير الجامعة وقال بالفرنسية .

سيداتي . سادتي

اشكركم على الجهود التي بذلتموها في اعمال هذا المؤتمر الذي تكلل بالنجاح واعلن في هذه الجلسة انتهاء اعماله .

فهتف احد الحاضرين بالانكليزية قائلاً ليحيي الملك فردد الحاضرون الهتاف ثلاثاً وتفرقوا .

وفي المساء اقيمت حفلة ساهرة ختامية في فندق هليوبوليس الكبير بدعوة من لجنة تنظيم المؤتمر كانت في غاية الجمال والانتظام وتفرق المدعوون في ساعة متأخرة من الليل .

٣ — فائدة امثال هذا المؤتمر :

ان لهذا المؤتمر وامثاله من المؤتمرات فوائد جمة يستفيدها البلد والامة مع الفوائد المقررة والنتائج التي تنتج من ذلك المؤتمر والتي اقيم المؤتمر من اجل معالجتها · ففي هذا المؤتمر مثلاً لا يخفى ان تبادل الآراء والمناقشة في المواضيع المختلفة التي عرضت فيه تكون مفيدة للمحاضر الذي يتحقق من صحة آرائه وما يعترضها من الآراء الصائبة ايضاً وقد يستفيد من هذه المناقشة لفت نظره الى نقطة هامة في موضوعه او عمله لم يفطن فيها ومع ذلك لا بد ان يكون في تبادل هذه الاراء فوائد للجميع اي للمحاضر والمناقش والسامعين ورب ملحوظة تعرض لأحد المستمعين وتنبه فيه البدء بعمل يرجى منه نفع عميم · ففوائد ذلك لا تقدر · وللمستقبل كشفها ·

وهنالك فوائد اخرى من اجتماع الاطباء الشبان بفريق من اقطاب صناعتهم والمبرزين فيها منهم فان اعمال هؤلاء الاقطاب وما بلغوه من المقام السامي بجدهم واقدامهم وما يجدونه من الاعتبار والتقدير من العالم الطبي كله يثير في صدور الشبان نار الغيرة للاقتداء بهم والسعي الى بلوغ مثل هذه الدرجات العالية وكذلك علمهم ان سبب هذا الاعتبار والتقدير قد كان بما بذلوه من الجهد والدأب على العمل ينبههم للبحث وبلوغ مثل هذه الدرجات العالية حتماً وفي ذلك ما فيه من الفوائد الجليلة للعلم واهله وقد يكون فيه فوائد للبلاد كلها او للعالم اجمع وفائدة ذلك اعظم من ان تقاس ·

وما تستفيد البلاد ايضاً في مثل هذه المؤتمرات انها تطلع الاجانب على

ما فيها من رجال وآثار وعلم صحيح ورقي وعمران · ومما لا شك فيه ايضاً ان هؤلاء الاجانب عند عودتهم الى بلادهم لا يقصرون في الاشادة بذكر ما رأوه في تلك البلاد من الرقي والعمران والآثار فيشوقون غيرهم ويكون من تشويقهم دعوة عظيمة لمصر تنشر في جميع الاقطار والامصار · خلا ما في هذا الاجتماع وتبادل المودة فيما بين المجتمعين ما فيه من توثيق اواصر الالفة بين بلاد العالم فيقل بذلك التفاضل والفرق الذي يحس به بعض الامم بينهم وبين غيرهم من ابناء البلاد البعيدة عنهم والتي اوجدت في صعيد غير صعيدهم مثلاً ·

فيظهر من هذا ان الحكومات مهما انفقت على الموءتمرات التي تقام في بلدانها من مال او جهد فهي رابحة اضعاف اضعافها ·

٤ — ما نراه مفيداً من هذا الموءتمر :

اما ما نراه مفيداً لنا من هذا الموءتمر فحسن التعارف بيننا وبين جيراننا في الدرجة الاولى وبيننا وبين البعيدين عنا من جهة اخرى · لاننا باشتراكنا بهذا الموءتمر كنا معلنين للعالم الطبي بوجود مدرسة طبية عربية في اقدم نقطة من بلاد العالم القديم (دمشق) وانها المدرسة الوحيدة التي تدرس العلوم الطبية بالعربية ثم اشتراكنا بالقاء المحاضرات في مواضيع مختلفة كان احسن شهادة على اننا لا نقصر عنهم في العمل والتفكير والجد · كما ان اطلاعنا على مجمل الاعمال وسير الحركة العلمية في بلاد العالم كله الممثلة في خيرة رجاله الموءتمرين وزيارة المعاهد والمستشفيات وحضور بعض العمليات وما الى ذلك

كل هذا يكون له احسن اثر في حالة معهدنا وتحسين اقسامه ·

لذلك نرى ان ما بذله المعهد في ايفاد مندوبيه يعود عليه بفوائد جلّى يصعب جداً تقديرها اقلها تعريف العالم البعيد والقريب بوجوده وبمجاراته للمعاهد الاخرى بعلمه وتفكيره وما شابه ذلك · ونتمنى ألا تفوتنا فرص كهذه فيما بعد كيلا تفوتنا تلك الفوائد المذكورة آنفاً ، وكم كنا نتمنى من الصميم ان يكون في بلادنا ما يضمن للموءتمرين راحتهم فلا تفوتنا ما ذكرناه من الفوائد الجمة والارباح الطائلة من دعوة الموءتمر الى بلادنا ·

اما المحاضرات التي قدمها المعهد فثلاث · احداها عن الهيضه الاسيوية في الشرق الادنى للاستاذ احمد سامي بك الساطي · والثانية عن الزحار العصوي في سورية للحكماء ترابو وحمدي الخياط الاستاذين في معهد الطب بدمشق وعبد القادر الصباغ جراثيمي في مستشفى هنري فربيزيه · والثالثة في سبيل الاشتراك بمعرفة الامراض المسماة اجنبية والمشاهدة كثيراً على ضفاف البحر المتوسط الشرقية معرفة اجلى (ضنك البحر المتوسط وحمى الايام الثلاثة والبرداء وداء المتحولات) للاستاذ ترابو · قرئت منها الثانية والثالثة ولم تقرأ الاولى لتغيب الاستاذ سامي بك وستدرج في اعمال الموءتمر الرسمية كأنها قرئت ·

وافضل ما حصلنا عليه من الفوائد بصورة خاصة تمهيد الطريق لقبول الشهادة في الجوار اسوة بغيرنا من المعاهد المقبولة لديهم · فتعارفنا الى كثير من رجال مصر البارزين وتبادلنا البحث والتمحيص كان الوسيلة الى حسن التفاهم بيننا واكتساب الحق الذي لم يكن من عامل في منعه عنا الا الانزواء والانكماش بعيدين عن العالم كله · لا سيما جوارنا القريب والقطر الشقيق ·

وانا بهذه الوسيلة لا نرى بدأ من الاشارة الى ذكر ما لقيناه من جيراننا الاخيار من حسن الحفاوة والاعتبار مما كان له كل التأثير في توثيق عرى التفاهم بين القطرين الشقيقين واعلان ما نحن عاجزون عن اظهاره من الشكر والامتنان . والذي نرجوه من الحكومة الموقرة ان تتولى ابلاغهم هذا الشكر والامتنان عنا وكذلك نرى اننا مقصرون في صوغ الشكر لجناب سفير فرنسة المعظم في مصر وما كان له من الايادي البيضاء في تسهيل هذا التعارف وتذليل العقبات القديمة في ذلك السبيل ما يعجز اللسان عن تقديره وانا لنكل ذلك الى الحكومة لتتفضل في اعلان هذا الشكر . كما اننا لنشكر كل من آزرنا بصورة خاصة من الزملاء المصريين الاعلام واخصهم معالي وكيل وزير الداخلية في الامور الصحية محمد شاهين باشا ومعالي وزير الخارجية حافظ بك عفيفي ومعالي وزير المعارف احمد بك لطفي السيد وسعادة علي بك ابرهيم عميد كلية الطب المصرية والصحفيين الاجلاء ممن كانوا لنا خير عون للتوصل الى احسن ما نبتغيه من دوام الصلات الحسنة بيننا وبين جيراننا الاعزاء الذين لا ننسى لهم ما حيينا حسن احتفائهم واكرامهم الجزيل



الزحار العصوي في سورية

للحكماء ترابو وحمدي الخياط الاستاذين في معهد الطب بدمشق
وعبد القادر الصباغ جراثيمي مستشفى هنري فربيز يه بدمشق

ننشر فيما يلي البحث الاول من الابحاث الثلاثة
التي قدمهـا معهدنا الطبي العربي الى المؤتمر
وسننشر في الاجزاء المقبلة البحثين الآخرين
المنشيء

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان ظهور الزحار المتحولي في سورية امر مسلم به لا يختلف فيه اثنان فما من يشك ان داء المتحولات (amibiase) بلدياً كان او وبائياً هوالسبب المحدث لقسم كبير من الحالات الزحارية في الشرق الأدنى غير ان هذا كله لا يعني ان الزحار العصوي مستحيل الحدوث كما يظن بعض الاطباء الوطنيين ولا ان تظاهراته لا تسير سيراً راعباً ·

فبناء على ما تقدم نرى في درس الزحار العصوي فائدة كبيرة كيف لا وقد بينت لنا هذه التتبعات ايضاً ان العامل المرضي هو جرثوم يختلف عن الجرثوم الذي يرى غالباً في اوربة

ولا يتناول بحثنا الا صيف سنة ١٩٢٧ ولا نسرد فيه غير الاصابات التي شاهدناها في دمشق ونحن نرى مع ذلك ان هذا الدرس كافٍ لاعطاء لمحة عامة عما هي عليه البلدان الواقعة تحت الانتداب الفرنسي لان المعلومات التي اقتبسناها من الزملاء الممارسين في البلدان التي يعول عليها اثبتت لنا ان الزحار العصوي كانت تظهر منه فيها اصابات متفرقة قليلة العدد على نسق ظهوره في دمشق ·

ولسنا نثبت في احصائنا الذي نقابل به بين الزحارين المتحولي (amibien) والعصوي الا الاصابات التي اثبت المخبر تشخيصها اجتناباً للخطإ والضلال تاركين جانباً حوادث الزحار المتحولي التي شفيت بالأمتين مع ان المتحولات واكياسها لم تظهر في غائط المرضى . ومهملين ايضاً اصابات الزحار العصوي السريرية التي شفيت بالمصل المضاد للزحار بعد ان عصت الأمتين والمستحضرات الزرنيخية لان العصيات الزحارية لم تكشف في الغائط بزرع براز المرضى .

فلسنا نحصي اذن للاسباب التي ذكرناها آنفاً من (١٠٣٦) اصابة بالزحار المتحولي التي اثبتت السريريات والمعالجة بالأمتين طبيعتها المتحولية غير ٣٢٩ حادثة وهي التي كشفت فيها المتحولات بالمجهر كما اننا لا نذكر من (٤٦) اصابة بالزحار العصوي التي اثبتت السريريات والمعالجة بالمصل المضاد للزحار طبيعتها العصوية غير خمس مشاهدات وهي التي كشفت فيها العصيات الزحارية في المواد الغائطة .

فهذه الاعداد تخولنا على الرغم من قلتها ان نضع نسبة بين الزحارين المتحولي والعصوي فهي في الاصابات التي اثبتها المخبر فقط كنسبة اثنين الى مائة . فلنذكر هذه النسبة ولنعلم ان جهلنا لها يعرضنا للخيبة كما سيتبين من قراءة مشاهدات الزحار العصوي التي اثبتها المخبر .

المشاهدة الاولى : لـ ... روبر . مرض منذ اربعة ايام فدخل المستشفى في ١٩ نيسان ١٩٢٧ لاصابته باسهال زحاري الشكل وتغوطه ١٨ مرة في اليوم تغوطاً مدمماً لم ينجح فيه الامتين . وكانت حرارته (٣٩) وحالته العامة حسنة غير ان المريض كان شديد القلق شاعراً بفداحة المرض الذي اصابه .

عوين غائطه فلم تبدُ فيه المتحولات وظهر فيه عدد عديد من كريات الدم الحمراء وكثيرات النوى المستحيلة، فحص دمه فلم تبد فيه الحيوينات الدموية (hématozoaires) وزرع فكان الزرع سلبياً . زرع غائطه ففصلت منه عصية اعطت تفاعل الأندول الخفيف وخمرت المنية والملتوز ولم تخمر اللكتوز وتلازنت بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة ١/٣٠٠ عولج بالمصل المضاد للزحار المتعدد القوى المحضر في مستوصف باستور في باريس فحقن منه بمائة سم٣ في اليوم وكان مجموع ما حقن به نصف لتر فخف عدد التغوط خفة سريعة وتم الشفاء في اليوم الحادي عشر .

المشاهدة الثانية : ب ... حنا . دخل المستشفى في ١٠ حزيران سنة ١٩٢٧ وكان قد استشفى شهراً كاملاً لاصابته بالذباح (الدفتيريا) وكان يتغوط عشرين مرة في اليوم تغوطاً مدمماً ومخاطياً لا متحولات فيه . وكانت حرارته تتموج بين ٣٨ و ٤٠ الامر الدال على تعفن بردائي مستتر .

زرع غائطه فظهرت فيه عصية اعطت تفاعل الأندول الخفيف وخمرت المنية والملتوز ولم تخمر اللكتوز وتلازنت بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة ١/٣٥٠ . عولج منذ البدء بالمصل المضاد للزحار المتعدد القوى المحضر في مستوصف باستور . وكان مجموع ما حقن به من المصل (٤٥٠) سم٣ فلم تجد المعالجة نفعاً لان المريض قضى في اليوم التاسع بعد ان هزل هزالاً سريعاً وظل محافظاً على ملكاته العقلية على الرغم من شعوره بالموت الذي كان يدنو منه

المشاهدة الثالثة : ف .. لويس . دخل المستشفى في ٤ تموز ١٩٢٧ مصاباً بأعراض زحارية وكان يتغوط (٥٠) مرة في اليوم ولم تكن في غائطه

متحولات ولا في دمه حييوينات دموية مع ان منحني حرارته كان يدل بانخفاضاته وتموجه الشديد على آفة بردائية محققة . زرع غائطه ففصلت منه عصية اعطت تفاعل الأندول وخمرت المنية والملتوز واللاكتوز وحمّرت مضارة الحليب المضاف اليها عباد الشمس وتلازنت بالمصل المضاد لفلاكسنر بدرجة ١/٣٥٠ . ولم تخثر الحليب .

عولج بالمصل المضاد للزحار الكثير القوى المحضر في مستوصف باستور فحقن منه بستين الى مائة سم٣ في اليوم وبلغ مجموع ما حقن به (٦٢٠) سم٣ فنقص عدد التغوط الى زهاء النصف غير ان الحالة العامة كانت تنحط انحطاطاً تدريجياً دون ان تصاب ملكاته العقلية لانه ظل شاعراً بخيبة المعالجة ودنو أجله الى ان قضى في اليوم العشرين من مرضه .

المشاهدة الرابعة : ك ... حنا . دخل المستشفى في ٢٣ آب ١٩٢٧ مصابا باعراض زحارية وكان عدد تغوطاته لا يحصى ومواده الغائطة مخاطية مدممة وحرارته قليلة الارتفاع في البدء غير انها اشتدت بعد حين مع انخفاضات دالة على آفة بردائية كامنة دون ان تبدي معاينة الدم اثراً للحييوينات الدموية . عوين البراز فلم تبد فيه المتحولات وكانت الحالة العامة سيئة وتزداد سوءاً يوما عن يوم والاطراف باردة والحصر شديداً على الرغم من المعالجة الحسنة التي وجهت اليه منذ البدء بالمصل المضاد للزحار المتعدد القوى المحضر في مستوصف باستور . وقد كان مجموع ما حقن به منه (٢٥٠) سم٣ فلم يتبدل عدد التغوط رغم هذه المعالجة مع ان زرع الغائط كشف في البراز عصية اعطت تفاعل الاندول الخفيف وخمرت المنية والملتوز ولم تخمر السكاروز ولم توءثر ابداً في

الأحمر المعتدل وتلازنت بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة ١/٣٠٠ وقد مات المريض في اليوم الخامس عشر في حالة شبيهة بالهيضة وهو مالك لقواه العقلية

المشاهدة الخامسة : م ٠٠٠ اجهد نفسه بعمل عنيف منذ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ ومرض في ١٢ تموز سنة ١٩٢٧ فاصيب باسهال خفيف لم يلبث ان اشتد في الايام المقبلة فعاد عدد التغوطات لا يحصى وكانت المواد الغائطة ضاربة الى السواد مدممة ٠ فعولج بأخذ ٣ حبات ستوفرسول وبحقن (٠،٠٨) سنتغرامات امتين يومياً حتى ٢٣ تموز فلم تثمر هذه المعالجة فنقل المريض حينئذٍ من جبل الدروز الى دمشق بالطيارة الصحية ٠ وكان الهزال آخذاً منه كل مأخذ حين وصوله وتعبه شديداً ولم تصب ملكاته العقلية ولا الادبية بأقل تشوش الا في اوقات الضعف الشديد التي كان يغمض المريض بها عينيه اضطراراً ٠

حلل بوله فظهر فيه سكر وحموضة ثم اعتراه فواق ولازمه ليلاً نهاراً وظلت التغوطات عديدة وشديدة لا تغلب والغائط مخاطياً مدمماً ٠ عولج بالمصل المضاد للزحار فحقن منه بمائة سم٣ في اليوم وكان مجموع ما حقن به (٤٥٠) سم٣ وعولج بالوقت نفسه بالأنسولين وبجرعات كبيرة من ثاني فحماة الصوده لمكافحة الحموضة والداء السكري ٠ فتحسنت حالة المريض العامة تحسناً سريعاً وخف الزحار وسقط السكر في البول الى بضعة غرامات في اللتر وعادت المواد الغائطة متماسكة في ٢٣ آب وخرج المريض من دائرة الخطر ٠

وكنا قد زرعنا غائطه منذ وصوله لدمشق فكشفنا فيه عصية ساكنة لا تصطبغ بغرام لها تموجات لامعة متى زرعت في المرق تخمر اللاكتوز والملتوز ولا تخمر السكاروز الا قليلاً وتسود الرصاص وتتلازن بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة ١/٤٥٠

حقنا بطن الارنب بسنتمتر مكعب ونصف السنتمتر من زرع مرت عليه (٢٤) ساعة فمات بعد ١٦ ساعة بعد ان انتبج بطنه وتوذم جلده توذماً الى الزرقة حول الحقنة واصيب باسهال · فتحنا جثة الارنب فرأينا الامعاء الدقيقة ممتلئة غازاً والكبد محتقنة والمعدة والامعاء الغليظة متوسعة ولم نجد تقرحات على الغشاء المخاطي ·

ان هذه المشاهدات كبيرة الفائدة فمنها نستخلص الاعراض السريرية التي تمكن الاطباء الممارسين في الشرق الادنى من تشخيص الزحار العصوي متى شاهدوا اعراضاً زحارية · فمن الاعراض التي يجب ان تنبه انظار الطبيب عدد التغوطات العديد فان مرضانا الذين اوردنا مشاهداتهم لم يكن عدد التغوطات في اخفهم اصابة اقل من ٢٠ مرة في اليوم وقد بلغ في سواهم ٥٠ مرة واكثر من ذلك · وقد دلتنا ممارستنا ان عدد التغوطات في الزحار المتحولي قلما يبلغ ٢٠ — ٣٠ مرة في اليوم · فيجب والحالة هذه ان ينتبه الطبيب متى كان عدد التغوطات عديداً ولا سيما متى لم تثمر الحقنة الاولى من الامتين وتجاوز هذا العدد الخمسين لكون الزحار عصوياً · وهناك صفة اخرى سكت عنها المؤلفون مع انها واضحة كل الوضوح وهي تتعلق بحالة المريض العقلية نعني بها شعور المرضى متى كانت حالتهم خطرة بدنو الموت منهم وبانه لا مفر منه البتة · وما هذا الشعور الا حصر (angoisse) حقيقي لا اثر له في الزحار المتحولي مهما كان شديداً · وسبب هذا الحصر انزعاج شديد منشأه البطن لانه ما من يجهل ان عفونة فجائية كالزحار العصوي تلهب غشاء الامعاء المخاطي ببضع ساعات محدثة فيه اضطرابات وعائية حركية شديدة

دليلها تغوطات عديدة لا تغلب شبيهة بحالة الهيضة ، قلنا ما من يجهل ان عفونة كهذه توءثر في الأجهزة العصبية الودية (sympathique) والملحقة بالودية (parasympathique) واما الملكات العقلية في الزحار الذي يتصف بحصر نتبينه في سمات المريض اكثر مما يبديه المريض نفسه فتبقى كما تبقي في الهيضة محفوظة حتى الانفاس الأخيرة ·

وصفة ثالثة لا بد من الانتباه لها تستخلص من سير هذا المرض الذي يخالف الزحار المتحولي فان هذا يخف ويشتد ويشفى وينكس بيد ان ذلك يسير سيراً سريعاً متواصلاً لا تقطع فيه فهو يبدأ بحرارة عالية واعراض شديدة وينتهي غالباً بالموت بعد مدة قصيرة وقلما يشفى ·

ويترتب على الاطباء المارسين ان ينتبهوا ولا سيما للصفتين الأولاوين لكثرة عدد التغوطات والحصر لأنهما كافيتان لارشادهم الى المعالجة بالمصل التي لا تشفي الا متى اسرع في اجرائها بيد ان زرع الغائط مهما جدّ فيه لا يجلو التشخيص الا بعد حين ·

اما انذار الزحار العصوي في سورية فمظلم جداً فقد فقدنا من مرضانا الخمسة ثلاثة اعني اكثر من نصف الحوادث مع ان معدل الوفيات في اوربة لا يبلغ هذا الحد · لا نجهل ان دوبتر يقول ان الوفيات في بعض الحالات النادرة تتجاوز ٢ بالمائة وهو حدها العادي فتبلغ ٨٠ بالمائة ولا سيما في الأحداث غير ان العصية تكون حينئذٍ عصية شيغا وهي العصية الزحارية التي تمتاز بشدة سميتها · اما العصية التي صادفناها فتختلف عن تلك فهي من فئة العصيات التي لا ذيفانات لها اي من نوع العصيات الزحارية الصغيرة التي لا تقاس

شدتها بشدة عصية شيغا . فقد كشفنا في مشاهداتنا الخمس بعد زرع المواد الغائطة عصية لا تصطبغ بغرام وتتفاعل قليلاً بتفاعل الأندول وتخمر المنية والملتوز ولا تخمر عادة اللكتوز والسكاروز وتتلازن بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة تتجاوز المائة . فعامل الزحار في دمشق هو اذن عصية فلاكسنر . وقد اثبتت المعلومات التي استقيناها ان هذا العامل هو هو في جميع انحاء سورية ولبنان فان الحكيم لويس من بيروت لم يجد في ٢٦ حادثة من الحوادث التي صادفها حين كنا نجمع مشاهداتنا غير عصية فلاكسنر او جراثيم قريبة منها وقد مات من مرضاه ثلاثة فيكون معدل الوفيات في الزحار العصوي البيروتي ٥—١١ بالمائة وهو معدل اخف من معدلنا الذي يظهر لنا عالياً في زحار سببه عصية من نوع العصيات التي لا ذيفانات لها فما هو السبب يا ترى ؟

لا يختلف اثنان في ان مرضين اذا اصابا شخصاً واحداً كانا اشد خطراً من مرض واحد ولا سيما متى كان كل منهما خطراً وخيم الانذار متى استقل وحده فهذا ما يقال في اجتماع البرداء والزحار معاً . وان البرداء التي اصابت ثلاثة من مرضانا وشخصت بأعراضها السريرية كانت وخيمة العاقبه عليهم لانهم قضوا المدلهم . غير اننا نقترف على ما نرى خطأ كبيرا اذا نسبنا اليها وحدها سبب كوت . لاننا عالجنا مرضانا منذ دخولهم للمستشفى بجرعات كبيرة من الكينين ولاننا نرى يوميا في شعبنا البرداء وداء المتحولات مجتمعين والمرضى المصابون بهما يشفون متى عولج المرضان بالمعالجة النوعية وقد كان يجب ان يكون اشتراك البرداء وزحار فلاكسنر سليماً ايضا لان زحار فلاكسنر وحده قليل الخطر حسب آراء المؤلفين ولان مرضانا حقنوا منذ البدء بمصل مضاد

للزحار متعدد القوى يفعل في عصية فلاكسنر ايضا · فنحن نعتقـد اذن ان خطر الزحار العصوي في سورية ذو علاقة بصفات خاصة تتصف بها عصية فلاكسنر السورية وتختلف بها عن الانواع التي فصلها فلاكسنر نفسه في اميركا ونيوهفن ومنيل لان هذه الجراثيم كانت من الانواع التي لا ذيفانات لها ولان حقن الحيوان بها تحت الجلد لم يكن يولد فيه زحاراً اختبارياً بل وذمـة وتقيحاً لا يلبثان ان ينتهيا بالشفاء · اما في مشاهدتنا الاخيرة فلم يكن الامر كذلك لان الارنب الذي حقناه بالزرع مات بعد ١٦ ساعةوبعد ان اصيب باسهال وقبل ان تبدو على بطانة امعائه قروح الامر الدال على ان التسمم الشديد كان سبب موته

فكيف لا يحق لنا اذن ان نستنتج من هذه الحوادث ان عصية فلاكسنر الشرقية تشذ عن القاعدة وتتصف بسمية لا تتصف بها عصية فلاكسنر في البلاد الاخرى ·

وصفوةالقول انه يستنتج من مشاهداتنا الامور الآتية :

١ — اصابات الزحار العصوي في سورية منفردة وليست وبائية ·

٢ — عامله المرضي جرثوم من نوع فلاكسنر ·

٣ — لا يظهر ان هذا العامل منقول من الخارج مع الجيوش الاوربيـة لان عامل الزحار في فرنسةهو عصية شيغا ولان هذا الزحار متى كان مسبباً عن عصية فلاكسنر وهذا نادر ليس وخيماً في فرنسة كوخامته في الشرق ·

٤ — تعود وخامة الزحار العصوي في سورية الى نوع عصية فلاكسنر التي تتصف بخاصة مسممة خلافاً لعادتها في اميركا وسواها

امراض الاحليل

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ليست غايتي في هذا البحث ان المّ بامراض الاحليل جميعها واكثرها يعود الى شعبة الامراض الزهرية كالتهاب الاحليل السيلاني وسواه ، بل قصدي ان ابحث في آفات ثلاث يصادفها الطبيب في كثير من الحالات وهي بعض رضوض الاحليل ، وتضيقاته ، والفلغمونات المحيطة به .

١ً — رضوض الاحليل

تؤثر الرضوض من الظاهر الى الباطن اومن الباطن الى الظاهر . فمتى اثرت من الظاهر كانت نتيجتها جرح الاحليل اوتمزقه الا اذا كان الجرح سطحياً . فمتى اصيب الاحليل وجب خزع المثانة في معظم الحالات . لانه يحول البول عن مجراه الطبيعي ومتى حول البول اتقنت الخياطة واندمل الجرح . اما المسبار الثابت فلا يلجأ اليه الا نادراً لانه سبب التعفن وتفكك الغرز .

فارسال الجريح الى الجراح امر لا مندوحة عنه اذن لان الاسراع في التوسط الجراحي خير واسطة لوقاية المريض من تضيق الاحليل التالي .

ومتى اثر العامل الراض من الباطن نشأت منه الطرق الكاذبة . وسببها آلات الاستقصاء التي لا يلائم شكلها الاحليل الذي ادخلت فيه او التي أُسيء استعمالها . ومقر هذه الطرق كائن في ناحية البصلة عند الرتج السفلي الذي تعلق به الالة وتثقب الجدار متى لم يجر القضيب جراً شديداً ليبسط الاحليل

او متى جد المستقصي في التغلب على تشنج الناحية الغشائية ·

وكذلك الامر في تضيقات الاحليل فان الشمعات الدقيقة قد تقع الى جانب لمعة التضيق فمتى كانت الشمعة قاسية ودفعت دفعاً شديداً خرقت الغشاء المخاطي الملتهب ودخلت النسيج الاسفنجي دخولا متفاوت العمق

والاحليل في ضخامة الموثة (البروستاة) معزوّى لان بروز الورم الغدي يثنيه والغشاء المخاطي والموثة محتقنان لان القثترة تكون قد اجريت لمكافحة الاسر الحاد الذي تحدثه الضخامة · فجميع هذه الامور شروط ملائمة لاحداث الطريق الكاذب

الاعراض : اذا احدث الطبيب المستقصي الطريق الكاذب عرف ذلك

١ً — بوقوف الآلة المستقصية التي لا يعود قادراً على ادخالها

٢ً — بان البول لا يخرج من المسبار وبان السائل لا يستطاع حقنه به

٣ً — بالنزف المتفاوت الغزارة الذي يخرج من المسبار ·

ومتى اتى المريض وهو مصاب بطريق كاذب شخص الامر باستقراء مرضه وعرف منه ان قد جربت فيه القثترة فلم تثمر ولم ينصب من احليله سوى الدم ·

المعالجة : على الطبيب قبل كل شيء ان يتحاشى الطرق الكاذبة وطريقة اتقائه لها هي ان يراعي القواعد التي ذكرناها في القثترة · فيقف على مقر العائق وطبيعته ويختار الآلة الملائمة ويستعملها بلطف وتأن فائقين ·

ومتى وقع الامر وتكون الطريق الكاذب اختلفت المعالجة بين ان يكون المريض مصاباً بأسر (انحباس البول) او غير مصاب به ·

فاذا لم يكن اسر: ترك المريض وشأنــه فكان شفاؤه عفواً . واذا كان النزف غزيراً جرب الطبيب باتباعه للجدار العلوي ان يضــع مسباراً معكزاً ويتركه في الاحليل فيضغط العرق النازف ويقف النزف ويستطيع المريض البول دون ان تتكون خثر في الاحليل .

واذا كان اسر: ويقع هذا الامر في المتضخمة موثاتهم جرب الطبيب ايضاً ادخال مسبار وابقاءه والمسبار المنتخب هو المسبار المعكز (sonde béquille) بعــد ادخال مدك (mandrin) فيه او مسبار معكز انعقافــه كانعقاف الباتيكية . ومتى دخل المسبار ترك في الاحليل ثمانية ايام ريثما يكون الجرح قد ندب واذا كان ادخال المسبار متعذراً خزعت المثانة .

ومتى كان الاحليل ضيقاً جرب ادخال شمعة شعرية بطريقــة القثترة الذؤابية (cathéterisme en faisceau) (كما سنرى بعدئذٍ) لان الشمعة اذا دخلت طريقاً كاذباً منعت سواها عن الدخول فيه فيخرج البول حول الشمعة ويوسع الاحليل ويلينه . واذا تعذر الامر وكان ادخال الشمعة الشعريــة مستحيلاً شئل الجراح ان يخزع الاحليل من الخارج او ان يقطع الاحليــل (urethrectomie) ويخيطه ويخزع المثانة .

ومتى كان الطبيب عاجزاً عن خزع المثانة والمريض في مكان معتزل جاز له ان يبزل المثانة منتظراً مجيء الجراح ليجري الخزع غير ان عليه ان يدرك ان البزل قد اهمل كل الاهمال وانه قد يحدث عراقيل (complication) وخيمة ولا سيما تعفن النسج المحيطة بالمثانة متى كان البول متعفناً .

طريقة البزل: تبزل المثانة ببزل رقيق مع استنشاق البول بجهاز بوتن او

بدون استنشاقه · تحلق الناحية فوق العانة وتطلى بصبغة اليود ويمسك المبزل باليد اليمنى وسبابتها بعيدة عن رأسه محددة للقسم الذي سيدخل فيه وتوضع السبابة اليسرى على الحافة العليا للعانة فيغرز المبزل عموداً على الخط المتوسط فوق تلك الحافة بقيراط زهاء ٥ —٦ سنتمترات او اكثر من ذلك متى كان الشخص مكتنزاً · و بعد خروج البول ينزع المبزل بسرعة ويجوز تكرار البزل مرات عديدة متى كان خزع المثانة متعذراً ·

٢ً — التضيقات

تضيقات الاحليل التهابية بمعدل ٩٥ بالمائة ورضية بمعدل ٤ بالمائة وولادية بمعدل ١ بالمائة ·

أ — التضيقات الالتهابية : معظمها سيلاني (غونو كو كي) ناجم من التهاب الاحليل المزمن · وتظهر اعراض التضيق متأخرة جداً اي بعد التهاب الاحليل باربع سنوات الى اثنتي عشرة سنة وتحدث بعض التضيقات قبل هذا العهد كما ان البعض الآخر يظهر بعده ·

وهي تقع في جميع الاعمار في الاحليل الامامي غالباً · و كلما اقتربت من البصلة التي تعد مكاناً منتخباً للتضيقات كانت اشد · فمنها ما هو مشدود للغاية ومنها ما هو خيطي غير ان انسداد الاحليل التام لا يقع مطلقاً ·

الاعراض : بعد ان يسير المرض سيراً يتحمله المريض ولا يتصف بسوى اعراض التهاب الاحليل المزمن يبدو عسر البول (dysurie) فيتصف اولاً بصعوبة خفيفة حين البول ثم تعود البيلة (miction) بطيئة ومتقطعة · ومتى قدم العهد بال المريض قطرة قطرة فطال زمن البيلة على الرغم من جهود

المريض وخرجت بضع قطرات من البول بعد ان ينهي الشخص بوله وما سبب هذا السلس الكاذب (fausse iucontinence) الذي يعقب البيلة الا انفراغ البول المجتمع خلف التضيق · وينزعج الانتعاظ ايضاً كما زعجت البيلة ثم يعقب البُوال (pollakiurie) عسر البول وتبقى ثمالة في المثانة بعد البول وتزداد كلما ضعفت عضلة المثانة ومتى غلبت العاصرة ظهر السلس فكان نهاريًا اولاً ثم ليلياً ·

العراقيل : هي الاسر التام الذي قد يقع فجأة ، والتقيحات حول الاحليل والخراجات البولية وارتشاح البول ، وتعفن المثانة ·

فاذا نظرنا الى هذه الاعراض التي ذكرناها آنفاً ادركنا ان امراضاً كثيرة تتصف بها غير ان الاستقصاء في الاحليل وحده كافٍ لمعرفة سببها وهو التضيق ·

وتجرى القثترة الاستقصائية بشمعات كروية الطرف فاذا تعذر ادخال الشمعات الصغرى منها جربت الشمعات الخيطية المستقيمة او الشبيهة بالحربة وابقيت القثترة الذؤابية الى النهاية · وطريقتها ان يشد القضيب وتدخل الى جانب الاولى شمعة شعرية ثانية · ثم شعرية ثالثة فرابعة اذا لم تمر الثانية · ويجرب ادخال احدى هذه الشمعات بدفع الواحدة تارة والاخرى طوراً وتترك الشمعة التي مرت ·

واذا تعذر ادخال الشمعات ترك المريض يومين واشير عليه بملازمة سريره وباستعمال الحمامات الحارة والحقن الشرجية الملودنة (laudaniseés) واعيدت التجربة ·

المعالجة : اذا استطيع ادخال شمعة شعرية ابقيت في الاحليل ٤٨ ساعة فخرج البول حولها ولان الاحليل واتسع قليلا فعاد ادخال الشمعات الموسعة ذات الرقم ٧ او ٨ ممكناً .

ومتى دخلت الشمعة المستقصية الكروية الطرف ذات الرقم ٨ واجتازت التضيق او التضيقات وسع الاحليل توسيعاً بطيئاً وتدريجياً بشمعات زيتونية حتى الرقم ٢٢ ثم استعملت البانيكيات (منذ الرقم ٤٢) حتى اخر رقم ممكن ادخاله .

واذا ادخلت الشمعة الشعرية وتركت في الاحليل وكان ادخال الشمعات الدقيقة متعذراً بعدها خزع الاحليل من الباطن بمخزع مازونوف(urethrotome de Maisonneuve) واعقب بالتوسيع بعد عشرة ايام .

واذا تعذر ادخال الشمعات الخيطية نفسها خزع الاحليل من الخارج او بزلت المثانة او خزعت (ولا سيما متى كان اسر وتعفن في البول)

طريقة التوسيع : يبول المريض ، يطهر صماخه ، تملأ مثانته بمحلول حمض كيانوس الزئبق (١/٠٠٠ ٦) يشد قضيبه الى العالي بالابهام والسبابة الايسرين وتدخل الشمعة بعد طليها جيداً بالزيت في الاحليل بلطف وتأن .

وتجرى جلسة كل يومين متى استعملت الشمعات منذ الرقم ٧ — ١٥ وتدخل في كل جلسة الشمعة التي ادخلت في الجلسة السابقة وشمعة اغلظ منها برقم .

ومنذ الشمعة ١٥ — ٢٢ يوسع المريض مرتين في الاسبوع على النسق نفسه .

البانيكيات: متى بلغ التوسيع بالشمعات الرقم ٢٢ يبدأ بالبانيكيات فتستعمل البانيكية ذات الرقم ٤٢ و يثابر على استعمالها مرتين في الاسبوع حتى بلوغ البانيكية ذات الرقم ٥٢ وتدخل في كل جلسة البانيكيتان اللتان ادخلتا في الجلسة السابقة وبانيكية اغلظ منهما او بانيكيتان اذا كان التوسيع سهلا · والتوسيع بالبانيكيات اسهل لان القطر لا يزداد في البانيكية الاسدس ملمتر في كل رقم مع انه في الشمعة يزداد ثلث ملمتر ·

ويجب ان يراعى التطهير في جميع هذه الحالات حسناً وتدخل البانيكية بثلاثة ازمنة كما ذكر في الاستقصاء و بعد دخولها تترك في الاحليل بضع ثوانٍ او بضع دقائق · ويبول المريض بعد التوسيع السائل الذي حقنت به مثانته ·

واذا احدث التوسيع تفاعلات (حمى ، تنبهاً) ابعدت الجلسات بعضها عن بعض حتى الاسبوع ·

والحذر من استعمال الشمعات الدقيقة متى كان ادخال الغليظة ممكناً اما متى تعذر ذلك فاستعمال الدقيقة جائز ·

ويجب ان يبلغ التوسيع اقصى حده وان تراعى فيه الحكمة واللطف ثم يترك المريض ستة اشهر او سنة قبل ان يعاد التوسيع واما اذا كان التضيق عنيداً فيترك المريض فقط ثلاثة اشهر خوفاً من عودة الضيق الى الاشتداد ·

التوسيع الكهربي المحلل (electrolytique) : يستعمل متى كان ادخال البانيكية في الاحليل مستطاعاً والتوسيع مستصعباً لان التضيقات التهابية شديدة الصلابة لا تتوسع او متى كان التضيق رضياً · وطريقة اجرائه ان يكون لدى الطبيب علبة بطاريات تولد مجرى غلفانياً ومقياس امبار (ampermètre) فيوضع القطب

الايجابي على جلد الفخذ ويوصل القطب السلبي بالبانيكية المدخلة حتى التضيق وتكون شدة المجرى في البدء خمسة مليمبر فقط فيشعر ان البانيكية تدخل فتترك في مكانها خمس دقائق ثم تخرج بلطف · ويجوز ان تدخل بانيكية اغلظ منها او بانيكيتان في جلسة واحدة وينتظر عشرة ايام قبل اعادة الجلسة والبلوغ الى البانيكيات ٥٠ — ٥٥ مستطاع في تضيقات لم يكن ابقاء الاحليل فيها متوسعاً الى اكثر من الشمعات ١٠ — ١٢ مع ان توسيعها بغير هذه الطريقة قد اجري بضع سنوات ·

ب — التضيقات الرضية: تظهر بسرعة بعد جرح الاحليل او تمزقه · وتستقر في ذلك الجرح اوذاك التمزق ولهذا نراها غالباً في الناحية العجانية البصلية وتكون مفردة مشدودة لا تتوسع · وكثيراً ما يكون طرفا الاحليل المقطوع غير متحاذيين ·

لا يختلف فيها الاستقصاء في الاحليل عما هو عليه في التضيقات الالتهابية ويجرب التوسيع واذا خاب يقطع القسم المتضيق ويخاط طرف الاحليل خياطة متقنة بعد تحويل البول بخزع المثانة ·

ج — التضيقات الولادية : تعالج كالتضيقات الالتهابية · وخزع الاحليل من الباطن اكثر استعمالاً فيها ·

ومهما كان نوع التضيق يظل المريض كل حياته عرضة لعودة الضيق · فيترتب عليه مرة او مرتين في السنة ان يتقدم للمعاينة ليعرف ما اذا كان احليله حراً او لا · فاذا ظهر الضيق اعيد التوسيع ·

ومتى كان الضيق في المرأة كانت اسبابه واعراضه ومعالجته مشابهة للضيق في الرجل ·

٣ – الفلغمونات حول الاحليل

هي التهابات النسيج الخلوي المحيط بالاحليل والذي تسربت فيه الجراثيم من الاحليل نفسه · وتتصف التقيحات حول الاحليل بصفات متنوعة وتسير سيراً مختلفاً وفقاً للسبب المحدث لها ولحالة الاقسام المحيطة بالاحليل وحالة المريض العامة ويميز منها ارتشاح البول ، والخراجات البولية ·

اما آفة الاحليل البدئية فهي في الغالب التضيق الذي تظهر خلفه الافات المسببة كالتقرح والاكوءوافات الغدد التي يستقر فيها التعفن استقراراً ثابتاً ·

وربما ظهر الخراج حول الاحليل اثر رض عارضي او جراحي ، كتمزق الاحليل ، ومرور حصاة اوجسم اجنبي ،وقثترة راضة ، وابقاء قاثاتير في الاحليل وخزع الاحليل الباطن ·

ولا بد من النظر الى حالة المريض العامة ايضاً فان الارتشاح يظهر بسهولة في الاشخاص المصابين بامراض مضعفة اكثر من ظهوره في الاصحاء ·

ارتشاح البول : هو فلغمون منتشر سببه الاحليل ينجم منه موات النسج وليس تقيحها فهو تلقح النسيج بالبول العفن المحتوي على الجراثيم الهوائية واللاهوائية · يظهر الفلغمون غالباً ظهوراً متزايداً ويسرع سيره فيشعر المريض بثقل في عجانه ثم بالم و يظهر الانتباج و كثيراً ما تاخذ المريض حمى ولا تلبث الوذمة ان تعم الصفن والقضيب والحشفة والاربيتين والقسم السفلي من جدار البطن فتنتبج جميعها ولا سيما الصفن ·

والانتباج احمر في بدئه ثم لا يلبث بعد مرور ٤٨ ساعة ان تبدو عليه فقاعات وصفائح خمرية فسوداء ·

والحالة العامة سيئة دائماً كما في تعفنات الدم الخطرة فاذا لم يسرع الى التوسط الجراحي مات المريض متسمماً ·

المعالجة : نقوم بفتح بوءرة الارتشاح فتحا واسعا منذ الزاوية القضيبية الصفنية حتى الشرج بالمبضع او بالمكواة النارية وباجراء شقوق اخرى محددة للانتباج بعيدة عن النواحي المصابة ·

ولابد من الحقن بالمصل المضاد للغنغرينا ومن تقوية البنية العامة ·

ومتى لم يمت المريض نظر الطبيب بعد مرور ١٥ يوماً وبدء الجرح بالتحسن في تضيق الاحليل ومعالجته ·

الخراجات البولية : هي فلغمون محدود حول الاحليل سببه الاحليل نفسه مقره العجان في الغالب وقد يستقر في ناحية الصفن وينذر ان يكون في ناحية القضيب فهو والحالة هذه مسبب من افة واقعة في القطعة البصلية العجانة من الاحليل ·

تبدأ الخراجة بالم حاد في العجان وحمى وانتباج وعسر البول حتى انقطاعه ويحمر الجلد غالباً ويتوتر ·

وينذر ان تشفى الخراجة البولية عفوا لا بل تنفتح في الجلد او الاحليل

المعالجة : نقوم بشق الخراجة شقاً واسعاً بعد ادخال مسبار او شمعة في الاحليل ليبدو واضحا فلا يتناوله الشق ·

وبعد زوال الاعراض الالتهابية يعالج التضيق طبقا للقواعد التي رايناها واذا بقي ناسور بولي بعد الشق استدعى توسطا جراحيا ·

هذه هي القواعد التي يترتب على الممارس السير عليها في بعض امراض الاحليل الاكثر وقوعا دون ان يحتاج الى معونة الاختصاصي ·

امراض الموثة (البروستاة)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

متى توصل الطبيب بعد الفحص الدقيق والاستقصاء الى اقرار الافة في الموثة كان المرض غالباً الا فيما ندر التهاب الموثة الحاد او المزمن او سلها او ورماً سليماً فيها اي ورماً غدياً وهو مايسمى في الغالب ضخامة الموثة او ورماً خبيثاً فيها اي سرطاناً

ومس الشرج في جميع هذه الحالات يمكن الطبيب من تشخيص المرض

التهاب الموثة الحاد : يتصف بازدياد حجم الموثة جميعها او بعض اقسامها وبملوسة سطحها ومتانته وبخلاء الغدة من عجر محدودة وبألمها ·

فاذا كان في الموثة خراج خفيف الحدة ظهرت بالمس منطقة يستطاع ضغطها وخرج حين الضغط صديد من الصماخ ·

واذا كان الخراج حاداً اتصف بالاعراض العامة وبتشوش البيلات وكانت الموثة علاوة على ذلك جسيمة جداً وموءلمة الماً لا تطاق وسادة للشرج ·

التهاب الموثة المزمن : يتصف بازدياد حجم الموثة ايضاً ازدياداً متفاوت الدرجات لان بعض الموثات يكون صغيراً وبعضها جسيماً · وربما تبدل شكل الغدة فقط فكانت فصوصها غير متساوية واكثر الاشكال حدوثاً هو الموثة التي تظهر فيها حدبات ويتفاوت قوامها فهي رخوة في بعض المحال وصلبة في البعض الاخر ومهما يكن فالموثة موءلمة بالمس ·

سل الموثة : يزداد حجم الموثة وتبدو فيها عجر صلبة مدورة كما في الالتهابات

البسيطة غير موءلمة وبهذا تمتاز عن عجر الالتهاب وما هذه العجر الا الدرينات السلية ويشعر الى جانب هذه العقيدات بمناطق رخوة مناسبة لعقيدات متلينة و كهوف وكثيراً مايشترك سل الموثة بافات الجهاز التناسلي الاخرى . ومتى ضغطت الموثة خرج من الصماخ سائل قيحي فيه بعض الخثر التي يفتش فيها عن عصيات كوخ . ومتى بقي الامر غامضاً تلقح القبعة بهذا السائل فينجلي الامر متى سلت .

ضخامة الموثة : تبرز الموثة في الشرج بروزاً متفاوت الدرجات و يدرك بالمس الشرجي .

١ً — ان الموثة قد ازداد حجمها وزال انخفاضها المتوسط وان قوامها متماسك غير انه لين وان جميع اقسامها متجانسة وانها ملساء منبسطة محدودة جيداً في الاسفل والجانبين والعالي اذا كان الوصول الى تلك النقطة مستطاعاً وانها ليست صلبة صلابة خشبية ولا موءلمة متى لم يكن الالتهاب قدز يدعلى الضخامة

٢ً — او ان حجم الموثة عادي فيعرف حينئذ بالمستقصية المعدنية ان الموثة بارزة في المثانة و يستطاع بالمرآة المثانية الجزم بان الموثة ضخمة وان ضخامتها منتشرة الى جهة المثانة .

٣ً — اذا لم يدرك بالمس الشرجي ان الموثة ضخمة ولم يظهر بالمرآة المثانية بروز في المثانة ظهرت بالمرآة الاحليلية اورام غدية صغيرة حول الاحيل و يطلق على المصابين بهذه الحالة اسم الموثيين بدون موثة prostatiques sans pnostate

سرطان الموثة: المصابون به طاعنون في السن غالباً والموثة فيه متوسعة غير منتظمة فيها حدبات ونوى كبيرة كثيفة خشبية القوام وحدود الموثة مبهمة

وحوافيها زائلة ومنقارها صلب ومسها غير موءلم وفي الار بيتين عقد ضخمة وقثترة الاحليل الموثي تحدث نزفاً ومتى ادخلت بانيكية في الاحليل لم تتمكن الاصبع المدخلة في الشرج من الشعور بها ·

المعالجة :

التهاب الموثة الحاد : يظهر غالباً في سياق التهاب الاحليل السيلاني ويستدعي قطع المعالجة الموضعية وكثيراً مايكون الالتهاب مسبباً من سوء هذه المعالجة ·

معالجته دوائية صرفة : راحة في السرير ، مغاطس عامة حارة ، مغاطس مقعد حارة ، حقن شرجية حارة يضبطها المريض ماامكنه مرتين في اليوم ، فتائل لفاحية (suppositoires à la belladone) وغير ذلك ومتى انحبس البول قثتر المريض بقاثاتير نالاتون ذي الرقم ١٤ او ١٨ ومتى تكونت الخراجة وجب شقها بطريق العجان ·

يصنع شق معقوف الى الوراء امام الشرج بقيراطين سائر من احدى الحدبتين الوركيتين الى الثانية يشق الجراح الطبقات المتتابعة الجلد والنسيج الخلوي والرفو (raphé) الشرجي البصلي والعضلة المستقيمية الاحليلية فيصل الى الخلاء الذي يستطاع تسليخه فيدفع المستقيم الى الوراء ببعد وتشق الموثة في جانبها و يتحاشى الاحليل ·

وقد تنفتح الخراجة عفواً في الاحليل او العجان او المستقيم فاذا كانت قد انفتحت في الاحليل لايجوز شقها بطريق المستقيم لئلا يحدث ناسور احليلي مستقيمي ·

التهاب الموثة المزمن : تستعمل في معالجته جميع الحقن الشرجية والمغاطس الحارة كما في الالتهاب الحاد غير ان التمسيد انجع فيها ·

والتمسيد انواع فمنه التمسيد الاصبعي بعد ادخال الاصبع بالشرج ·

والتمسيد المشترك مع جس البطن ·

والتمسيد المشترك مع التوسيع بالبانيكية ·

ولكل من هذه الانواع استطبابات خاصة فالتمسيد المستقيمي يوءثر في القسم الخلفي من الغدة

والتمسيد الاحليلي بالبانيكيات والشمعات يوءثر في القسمين الامامي والمحيط بالاحليل ومعالجة الاحليل لاغنى عنها متى كانت افات مزمنة مرافقة لافات التهاب الموثة المزمن ·

والتمسيد المشترك (المستقيمي الاحليلي) مستعمل ولا سيما في التهابات الموثة العامة التي تكون بها الموثة جميعها مصابة غير ان التمسيد وهو طريقة حسنة سيف ذو حدين فمتى لم يحسن استعماله يفضي الى عوارض لا تحمد عقباها

ولا يجوز ان تمسد الموثة في الالتهابات الحادة الا متى كان الطبيب قدمارس هذا الامر طويلاً · فهو يفعل بافراغه الغدة وتخفيفه لاحتقانها غير ان الافة عنيدة فلا بد من التذرع بالصبر وقطع التمسيد ثم العودة اليه اذا لم تجن الفائدة المرغوب فيها · وعلى الطبيب ان ينذر مريضه منذ البدء بان مرضه قد ينكس ··

واضجاع المريض على ظهره هو احسن وضعة لان الطبيب يتمكن بها من اشراك جس البطن بالتمسيد وذلك بخفض الناحية الخثلية بيده اليسرى خفضاً شديداً الامر الذي يمكنه من جس الموثة بين يده واصبعه المدخلة في الشرج :

ويجرى التمسيد بالسبابة اليمنى بعد الباسها اصبع قفاز ذات دائرة وطلي هذه الاصبع جيدا بالفازلين او بمرهم خاص · ويدار الوجه الراحي الى العالي ويعقف طرف السبابة ويفتش به عن النقاط الصلبة او المؤلمة قليلا فتضغط هذه النقاط ضغطاً تدريجياً ومتزايداً من الاسفل الى الاعلى ومن المحيط الى المنقار دون اقل عنف لتفرغ الغدة من محتوياتها · وبعد ان تعصر الغدة تمسد تمسيداً دائرياً خفيفاً · وتكرر الجلسات مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع ومدة كل جلسة دقيقتين الى خمس دقائق · ويكون التمسيد خفيفاً في بدئه ثم اشد واطول ·

وبعد ان تمسد الموثة يمسد الحويصلان المنويان اللذان يكونان في الغالب مصابين كالموثة ويغسل الاحليل والمثانة قبل هذا التمسيد بماء حار على ان يفرغه المريض بعد التمسيد · ويعرف ان التمسيد افاد متى ظهرت على الصماخ قطرة صافية او قيحية او متى انصب منه سائل آتٍ من الغدد الموثية التي افرغت · ومعاينة هذه القطرة بالمجهر واجبة ومفيدة · ومتى لم ينصب شيء بعد التمسيد وجب الاقلاع عنه لان المثابرة عليه لا تفيد ·

سل الموثة : سلها البدئي خطر · غيرَ ان المعالجة الدوائية تؤثر فيه تأثيراً حسناً ولا سيما متى كانت صحة المريض العامة لا تزال جيدة فالانذار متعلق بها اذن ومهما كان سل الموثة بدئياً او ثانوياً صلباً اومتقيحاً فمعالجته تقوم بمعالجة الحالة العامة وجميع الوسائط الدوائية تستطاع تجربتها · ويجوز ان يقطر في الاحليل زيت غومنولي تخفيفاً للالام الناجمة من التهاب الاحليل والمثانة··

واذا رافقت تشوشات شديـدة التقيح او النواسير يجب التوسط الجراحي بشق العجان شقاً واسعاً ·

ومتى احدث امتداد الافة الى الاحليل والعنق الاماً شديدة الحدة كانت الواسطة الوحيدة في تخفيف الالام شق المثانة واتلاف ناحية الموثة بالكي وترك احفوض في الشق ·

ضخامة الموثة : ياتي المصابون بضخامة الموثة في حالات مختلفة فكثيراً ما ينبه عسر البول افكار المريض ويسوقه الى الاستشارة وتارة تطرأ عرقلة كبيلة الدم او التهاب المثانة او آلام حصاة وطوراً تظهر تشوشات هضمية او دنف مترق فيأتي المريض مستشفياً من احد هذه العوارض ·

ومتى شخص المرض كانت المعالجة المختارة استئصال الموثة بالطريق الخثلي وذلك متى كانت حالة الاعضاء الاخرى والكليتين حسنة والشخص متينـاً فالاستئصال وحده يقطع شأفة الداء ويقي المريض العراقيل التي يعرضه لها ومنها انقلاب الضخامة سرطاناً ·

ومتى كانت العملية متعذرة او رفض المريض التوسط الجراحي استعملت الوسائط الملطفة ·

١ً — في الدور الاول متى كان المرض متصفا بتشوشات البيلة بدون اسر يشار على المريض بالنصائح الصحية : يمنع عن الكحول والقهوة ويسمح له بتناول اللحم مرة فقط مع طعام الظهر ويدعى الى التنزة عشرين دقيقـة مساء قبل النوم ويعطى الاوروفورمين ويتحاشى القبض ويقلل الملح في الطعام ·

٢ً — متى كان أسر ناقص بدون توسع ومتى بلغت الثمالة ٢٠٠ غرام وكان

البول صافياً قثتر المريض مرة واحدة في اليوم · ومتى بلغت الثمالة ٥٠٠ غرام قثتر المريض مرة كل يومين · ولكن متى تعكر البول وجبت القثترة ولو كانت الثمالة قليلة وغسلت المثانة بعدها بمادة مطهرة للفساد ·

٣ً — في دور الاسر الناقص مع توسيع متى كانت حالة المريض العامة مرضية خزعت المثانة واذا لم يرض بها المريض اجريت القثترة على ان تراعى فيها الدقة الفائقة لانه اذا افرغت المثانة بسرعة خشي من حدوث نزف مثاني خطر او اذا تعفنت ولو تعفناً خفيفاً مات المريض بسرعة ·

فمتى ادخل القاثاتير افرغ به زهاء ٤٠٠ — ٥٠٠ سم٣ فقط وتكرر القثترة خمس مرات مع مراعاة الاحتياطات نفسها اي كل اربع ساعات مرة ومتى لاحظ الطبيب ان التوسع لم يتبدل بعد ٣ — ٤ ايام زيدت القثترة مرة اخرى وافرغ زهاء ٦٠٠ سم٣ كل مرة ولا ينتظر انفراغ هذه المثانات انفراغاً تاماً قبل مرور ثمانية ايام اذا كنا نرغب في ان نتحاشى بيلة الدم · ومتى انصب في اثناء القثترة بول مدمم يجب في الحال حقن المثانة بمحلول مضاد للفساد لكي تعود الى التوسع ·

ومتى كانت قثترة المريض مع مراعاة هذه الاحتياطات مستصعبة او متى كانت كمية البول المفرزة كل يوم تستدعي عدداً اكثر من القثترة وكان المريض لا يرضى بخزع المثانة يوضع قاثاتير ثابت يسد طرفه بسدادة و يفتح في ساعات معينة كما ذكرنا عن مواقيت القثترة ·

ومتى طرأ اسر حاد وجبت القثترة بدون ابطاء مع مراعاة الاحتياطات نفسها واذا لاقى الطبيب صعوبة في القثترة وجب ترك القاثاتير في الاحليل ·

ومتى كان الانحباس تاماً ومزمناً : لا يتمكن المرضى من البول فيضطرون الى استعمال المسبار في النهاية مراعين فيه النظام الذي ذكرناه ٣ — ٤ — ٥ مرات في اليوم وكل مرة ٤٠٠ سم٣ .

ومتى كانت القثترة مستصعبة فضل المسبار الثابت او خزع المثانة الدائم مع وضع قاثاتير في الشق المحدث في المثانة .

ومتى كانت بيلة دم يوضع قاثاتير ثابت واذا لم يكف تخزع المثانة .

كيف يقثتر المتضخمة موثته : لا بد من تذكر القواعد العامة في القثترة (أ — اللطف لان العنف غير جائز ب — الحكمة فلا تستعمل الخشونة متى بدا عائق ج — الصبر فلا يقنط من النجاح بل تعاد الكرة متى لم تنجح القثترة في المرة الاولى د — الطهارة التامة) ومن معرفة ان العوائق تستقر على الجدار السفلي للاحليل وان الجدار العلوي حر .

و يتنوع طرز العمل حسب المسابير المستعملة . فمرونة مسابير نالاتون تساعد في بعض الحالات متى كانت العوائق موثية على مرور المسبار مع ان المسابير الاخرى لا يستطاع ادخالها .

والمسابير الزيتونية خطرة لانها تحدث طرقاً كاذبة بسهولة .

واما المسابير المعكزة فهي المفضلة في قثترة المتضخمة موثاتهم . وتجرى القثترة بها على ثلاثة انواع : بمسبار معكز بدون مدك ، او بمسبار معكز مع مدك ، و بحركة المدك (manœuvre du mandrin) .

١ً — فالمسابير المعكزة بدون مدك مزواة او مزدوجة الزاوية و يجب ان ينظر منقارها دائماً الى العالي وان يتبع الجدار العلوي وليكن رقم المسبار

١٨ او ٢٠ ولتوضع وسادة تحت اليي المريض · ومتى لم يدخل هذا المسبار يجرب :

٢ً — المسبار المعكز مع مدك على ان يكون رقمه عاليا ١٨ — ٢٠ دون ان يقل عن ١٦ ·

أ — يدخل المدك حتى يكون طرفه بين عيني المسبار المعكز على بعد بضعة ملمترات من العين الاخيرة ·

ب — تدفع القطعة المتحركة حتى تصل الى محارة المسبار وتتكنف بها وتثبت في هذه الوضعية ·

ج — تجرى القثترة بثلاثة ازمنة كما في الالات المعدنية ·

٣ً — اذا خاب المسبار المعكز مع المدك تجرب حركة المدك وهي تقوم بادخال المسبار مع مدكه كما هي العادة في الاحليل الموثي ثم يجر قضيب المدك سنتمتراً او سنتمترين بينا يدفع المسبار ويخفض فهذه الحركة المزدوجة المشتركة ترفع منقار المسبار وتبعده عن الجدار السفلي للاحليل وتقربه من الجدار العلوي مساعدة اياه على اجتياز المانع الموثي الكائن في الجدار السفلي ·

وضع مسبار ثابت : معناه ان يدخل في المثانة مسبار ويترك فيها لينفرغ منه البول انفراغاً متواصلاً في وعاء او ان يسد ذلك المسبار ولا يفتح الا في مواقيت معينة لينفرغ منه البول الذي يكون قد اجتمع في المثانة يستعمل المسبار الثابت

١ً — في تحفيض المثانة متى شقت لمرض ما ثم خيطت فالمسبار يمنع البول عن الاجتماع في المثانة فيندمل جرحها ولا تتفكك غرزه و يستعمل ايضا متى رغب في اغلاق مثانة قد خزعت ·

٣ — في تليين الاحليل متى اريد اعداده لادخال آلة غليظة فيه كمرآة المثانة او مفتتة الحصاة (lithotriteur) ·

ويستعمل عادة المسبار المعكز لان قطره الباطن اعرض من المسابير الاخرى ولان ابقاءه في المثانة اسهل بفضل قسمه المزوى الذي يثبت عند عنق المثانة ·

ومتى كان الاحليل موءلما والمثانة مصابة بمضض احتمل المريض مسبار نالاتون اللين اكثر من سواه ·

ويجوز ان تستعمل مسابر منفوخة الطرف في الانثى كمسبار بازر وماليكو ،

طرز وضع المسبار : بعد ان يصل المسبار الى المثانة ينصب البول او السائل الذي حقنت المثانة به فيجر المسبار حتى ينقطع السائل عن الانصباب ثم يدخل زهاء سنتمتر الى سنتمتر ونصف فيعود السائل الى الانصباب ويكون المسبار حينئذ في وضعه الحسن ولا ينصب السائل منه بعد ذلك الا قطرة فقطرة ·

وبعد ان يحسن وضع المسبار يجب تثبيته في هذا الوضع بجهاز مطاط مثبت او بطريقة غيون وذلك ان يوءخذ خيطان طول كل منهما زهاء ٥٠ سنتمتراً ويعقدان عند منتصفهما حول المسبار قريباً من الصماخ ثم يتجه فرعا الخيط الاول الى يمين الحشفة او يسارها ويعقدان حول التلم الحشفي القلفي وبعد ان يفصل الفرعان يمران بعدئذٍ عرضاً احدهما الى امام التلم والاخر الى ورائه ويعقدان ثانية في الجهة المضادة مع ترك مسافة كافية حتى لا تفلت الحشفة ثم يوءخذ الفرعان حسب اتجاه القضيب ويثبتان بشعر العانة او يلصقان بالجلد بقطعة مشمع ·

ويصنع بالخيط الثاني ما صنع بالخيط الاول الا انه يمر من الجهة المضادة وبعد ان تعقد العقد من الجانبين عند التلم الحشفي القلفي يثبت احد الخيطين الاخر . وفرعا الخيط الثاني يثبتان كما ثبت فرعا الخيط الاول بالناحية العانية المقابلة للاولى .

ويجب ان يبدل المسبار كل ثلاثة او اربعة ايام ومتى لم يعد يقوم بوظيفته حق القيام . يستدعي المسبار الثابت وضعا حسنا ومراقبة دقيقة والا كانت النتائج سيئة للغاية . فاذا لم يوضع المسبار حسنا او اذا سد لا تنفرغ المثانة فيتألم المريض وينحبس البول . ومتى كان القيح المنصب من الاحليل غزيراً خشي من تقرح القناة او من خراج حول الاحليل . وكثيراً ما تكون العوارض العفنية المنشإ كالتهاب الخصية والتهاب الموثة ناجمة من المسبار الثابت او باقية لاتشفى بسببه فيجب اذن نزع المسبار وترك الاحليل حراً بضعة ايام ريثما يستريح

سرطان الموثة : هو كثير الحدوث بمعدل ٩ بالمائة من المرضى الذين يشكون موثاتهم .

فمتى ظهر السرطان على موثة ضخمة استئصل مع الموثة بعد اجراء شق خثلي كما تستاصل الغدة الضخمة .

ومتى ظهر السرطان على غدة لم تصب بالضخامة سابقاً تستأصل الغدة بطريقة العجان وقد يفيد الراديوم في هذه الحالة .

ومتى كان السرطان منتشراً ولا يستطاع استئصاله جراحياً يوصى المريض باستعمال الراديوم وحقن الوريد بالمازوثوريوم (mésothorium) ومتى صعبت القثترة وكانت الالام شديدة لا تحتمل تخزع المثانة فوق العانة ويوضع مسبار في الجرح الخثلي ويعطى المريض المخدرات على انواعها .

بعض نصائح صحية عن البصر

القاها في الكلية الوطنية في حمص بطلب من عمدتها ورئيسها

الدكتور كامل سليمان الخوري (من حمص)

ايها النشء المجتهد الناهض ٠

بما انكم شجعتموني بالاصغاء اليّ في الاسابيع الماضية اخاطبكم اليوم :

اعلموا ياأعزائي ان البصر هو للمرء من اهم الحواس للقيام بما وكل اليه من الاعمال ، ولا سيما لطلبة العلم النشاط الذين دأبهم الاجتهاد وديدنهم البحث والتنقيب لتحصيل العلوم والمعارف ، وتأمين مستقبل زاهر لهم ، عملاً بما قيل :

وشغلي الدرس والتبحر في الـ　　علم طلابي وحبذا الطلبُ

ولذا فقد ترتب على كل منكم ان يعرف بعض قواعد وانظمة للمحافظة على صحة بصره ٠ وقد استنسبت اليوم ان اذكر لكم بعض ارشادات لا تخلو من بعض الفوائد لكم في هذا الشوط العلمي ، والمضار الادبي اللذين تسيرون فيهما الآن ٠

قد اصطلح الاطباء على عـدّ الطفوليتين الاولى والثانية منذ الولادة الى السنتين ، والطفولية الثالثة من سنتين الى سبع سنوات ، و المراهقة من السابعة الى الرابعة عشرة ، والبلوغ حسب البلدان والمناخ من الرابعة عشرة الى العشرين ، والشبوبية من العشرين الى الثلاثين ، والكهولة لحدود الخمسين والشيخوخة لحد السبعين ٠

فالطفولية الثالثة والمراهقة هما السنان اللتان يتوجب الانتباه فيهما للمحافظة على البصر بعناية يمازجها شيء من التقوى اذ ان معظم العلل تبدأُ في ذلك الوقت نظراً الى الطياشة وعدم التروي والميل الى اللعب ٠

فاولاً : يتوجب عليك ايها الطالب الاعتناء بنظافة عينيك كلما اتسختـا

من الغبار بعد نزهة طويلة ، وفي الصباح لازالة ما ربما قد تجمع من الافرازات (التي بجفافها تركب ما نسميه في الدارج العماش) ، واياك ان تحاول ازالة ذلك قبل غسل الوجه ، لئلا تخسر قسما منه هدب الاجفان الضروري لوقاية البصر من الغبار والتراب والرمل وشدة تأثير النور ·

ثانياً : اذا شعرت باحمرار في ملتحمة عينك وبتعب من كثرة الدراسة ، فقطر في عينيك قبل النوم بضع قطرات من محلول حامض البور ، ففعله يجلو لك بصرك لما له من خاصة التطهير اللطيف · ونسبة المحلول اربعة في المائة اي مقدار نصف ملعقة صغيرة لكوبة ماء حار ، بعد تحريكه واذابته يحفظ في قارورة ويقطر في العين ، مرتين او اكثر في النهار ·

ثالثاً : اذا اعتراك رمد ما في عينيك استشر حالا الطبيب وائتمر بأمره لان الوقاية المعقولة في نشأة كل مرض توفر اتعابا جمة فيما بعد ·

رابعاً : عود ذاتك ابعاد الكتاب عنك من ٢٠ الى ٢٥ سنتمتراً على الاقل · لان تقريب ما تقرأ او تكتب كثيراً الى بصرك يجر الى الحسر (قصر النظر) — اي الى اكثر امراض العيون شيوعاً ولا سيما بين طلبة العلم وفي المدارس التي لا يلتفت فيها كثيراً الى صحة الطلبة ورفاههم ·

وكل من يبصر في القرب ، ولا يمكنه ان يبصر واضحاً في البعد يكون حسيراً · وطول المسافة التي بها يعرف الحسر هي القراءة على بعد خمسة وعشرين سنتمتراً · والشخص الذي تتعذر عليه القراءة من هذه المسافة المحدودة يكون حسيراً (myope) ·

والحسر هذا يتأتى عن طول قطر العين المقدم الخلفي · اذ ان قطر العين

المذكور يكون في العين الصحيحة اربعة وعشرين ملمتراً ، اما في حالة الحسر فيصير التفاوت بين خمسة وعشرين الى ثلاثة وثلاثين ملمتراً . ونظراً الى ازدياد هذا الطول لا تعود صور المرئيات تقع على الشبكية اي غشاء العين العصبي الذي يرى المرئيات . وذلك لان الاشعة الضوئية المنبعثة من الشيء المنظور والداخلة الى العين تجتمع كلها مكونة بوءرتها او محترقها — اي صورة الشيء المرئي — امام الشبكية . بسبب ان القوة الكاسرة للقرنية والبلورية لا يمكنها ايجاد هذه البوءرة على الشبكية تماماً نظراً الى بعد هذه الاخيرة عنها بسبب استطالة القطر المقدم الخلفي . ولذا يرى لزوم استعمال عدسيات مقعرة اي العوينات المقعرة التي من خصائصها ابعاد بوءرة الاشعة الضوئية — اي صورة الاشياء المرئية الى الوراء ، وحينئذ ترسم الصورة على الشبكية ويتضح النظر باكثر جلاء ، ولا يعود الدارس يشعر بالصداع الناشيء من الاجتهاد بتطبيق العين التطبيق المطلوب ، وذلك ما ندعوه بالتكيف (accomodation) .

والحسر هذا يكون وراثياً في بعض الاسر او الشعوب ، ولكنه في الغالب مكتسب لاجهاد العين في روءية المرئيات الدقيقة ، سيما اذا كان النور ضئيلاً فيضطر الولد الى تقريب عينيه اكثر من اللازم لروءية المرئيات وقد ينشأ احيانا من فقر الدم (اي الانيميا) ، والامراض الالتهابية التي تعتري العين : كالتهاب الصلبة والتهاب القرنية وما شاكل ذلك كما سنرى .

وقد ثبت بالاستقراء ان السبب الاكبر هو كثرة الدرس حتى قد عد بعضهم ان المدارس هي عبارة عن معامل بها يكتسب الحسر ، وكلما كثرت المدارس في شعب كثر فيه عدد الحسيرين كجرمانيا وفرنسة وانكلترة وخصوصاً

الولايات المتحدة . والبرهان على صدق هذا التقرير هو ان الشعوب الساكنة في البراري والقفار كالبدو وخلافهم ، لا يعرفون هذا المرض لانهم لم يعتادوا النظر الى المرئيات القريبة ، وكذا القول في سكان البراري كافة والنوتية ، واهل الزراعة ورعاة الماشية اما في البلاد التي كثرت فيها معاهد العلم وزادت دور الصناعات والاشغال الدقيقة فقد كثر فيها هذا المرض

وهذا ما اجفل قادة الشعوب ، واضطرهم الى سن انظمة للمدارس ومعاهد الصناعات الدقيقة لتقليل هذه العلة الشائعة .

وقد تتوجت هاتيك الانظمة بالنجاح غير المنتظر ، سيما لما اتجهت الافكار الى اصلاح الاستنارة . وقد شاهدوا في مدارس الرمازة (البوليتكنيك) في باريس الموجودة فيها الاشغال الدقيقة اكثر من غيرها ، ان الحسر لم يعد بازدياد كما في السابق . اذ احصوا حين دخول الطلبة ثلاثة وثلاثين في المائة مصابين بالحسر ، وحين خروج التلامذة منها بعد اتمام تحصيلهم لم يزد قط عددهم وقد عزا اولياء الامر معظم هذا التقدم الى سبب تحسين ادارة النور وتوزيعه حسبما تقتضيه التنظيمات الفنية ، وتطورات التقدم الحديث .

اما العلاج الناجع حقيقة في منع انتشار هذه العلة فيقوم بمنع الطالب الحدث السن عن الاقتراب كثيراً من الكتاب او من اي شيء من الاشياء المستعد للشغل بها طويلاً ومما يساعده جداً على ذلك هو النور وكيفية توزيعه وخصوصاً في المدارس . فمن المهم ان يكون الضوء كثيراً ومتوفراً وبالاخص في غرف القراءة المتسعة ، وان يكون منبعثاً من جهة اليسار للذين يكتبون اللغات الاوربية ، لمجانبة خيال اليد الكاتبة ، ومن اليمين للذين يستعملون

الكتابة الشرقيه للغاية نفسها · وضروري ان يكون الضوء بعيداً عن محل الشغل اربعين سنتمتراً بحيث تتسهل القراءة على مسافة خمسة وثلاثين الى اربعين سنتمتراً بدون تعب ولا جهد · وقد اوصى ذوو الاختبار بوجوب تخصيص ضوء لكل اربعة او خمسة تلامذة فقط ·

ثم بعد اهمية الضوء يأتي في الاهمية وضع المقاعد ومنضدات الكتابة ، ووضعة الطالب حين الدرس والكتابة ، والرسم وما شاكل :

يحسن وضع الادوات على حسب سن الولد وطول جسمه ، وان تكون المقاعد بعيدة عن المنضدة بحيث اذا اخذ خط من حافة المنضدة الى الارض ، يمر الخط بالمقعد وهكذا يتسنى للدارس وضع ذراعيه على المنضدة ، وسند ظهره الى ظهر المقعد (البنك) ، ويجب ان يكون مستند ظهر المقعد منحنياً مع انحناء المنضدة ايضاً ، ويلزم في وضع التلميذ ان تكون كتفاه موازيتين لحافة المنضدة ورجلاه على الأرض ، او على دواسة المقعد ·

ثم يوصى الطالب بالا يحني ظهره الى الامام ولا الى الجانب ، حذراً من انحناء العمود الفقاري واحديداب الظهر الى الامام او الى جانب من الجانبين وهذا عرض سيء المغبة ، ويحتاج اصلاحه الى عمليات خطرة وزمن طويل ، ولذا فكثير من المدارس اليوم تحظر الكتابة على الاولاد الصغار ، تفادياً من وقوع هذا العرض الذي يعدّ من العلل المستعصية ·

وضروري حين الكتابة ان تكون المنضدة مائلة خمس عشرة درجة ، ويجب ابعاد الكتب عن العين مسافة ثلاثة وثلاثين سنتمتراً ، وكل ولد لا يستطيع القراءة من هذه المسافة بدون حني ظهره يكون حسيراً ويجب عرضه على الطبيب

المتخصص بامراض العيون ، ولا تجوز القراءة من مسافة اقل من ٢٥ سنتمتراً وتفضل الكتب المطبوعة على ورق ابيض او مصفر قليلاً ، والاحرف المتوسطة

ومتى روقب تلميذ يجلس جلوساً معيباً ، ويقرب بصره اكثر من اللازم من كتابه او لوح كتابته ، على الرغم من ردعه عدة مرار ، ويكتب كتابة غير واضحة وغير منتظمة ، ويعسر عليه ان يرى ما هو مرسوم على لوح الكتابة ، ويحول عينيه تارة الى هذه الجهة وطوراً الى تلك ، يرجح حينئذٍ ان ذلك التلميذ مصاب بعيب انكسار الاشعة في عينيه ، ويقتضي اعلام اهله بوجوب عرضه على طبيب العيون لتدبير اللازم له ، لانه مصاب بالحسر . وقد جرت العادة اليوم في المدارس الراقية ان تقاس قوة عيني التلميذ حين دخوله للمدرسة ليباشر كل ما يعود الى مساعدته في عمله ويعين محل له قريب من الواح الكتابة يوافق درجة قوة بصره .

ويحسن بناظر الدروس ان يصف التلامذة في المدرسة حسب قوة بصرهم بقطع النظر عن تقدمهم في الدراسة ، اذ ان ذوي النظر الجيد يمكنهم المكث بعيداً بدون اقل ضرر ، اما الحسيرون فيجب ان يقتربوا من الالواح والخارطات

ومن اللازم اللازب ان يحمل الحسيرون المنظرات (العوينات) الموافقة متى قيل لهم انهم محتاجون اليها ، دون ان يعيروا اذاناً مصغية الى خرافات العامة بان استعمال المنظرات يؤول الى الحسر ، وتعطيل النظر . بل ليتيقنوا بالعكس ان اهمال ذلك كثيراً ما يؤدي الى ازدياد العلة عوضاً عن توقيفها في درجتها الحالية فلا غنى للتلميذ عن الالتجاء الى المنظرات متى لم يستطع القراءة من المسافة المعلومة اي من ثلاثة وثلاثين او على الاقل خمسة وعشرين سنتمتراً حين

مباشرته عملاً يستدعي البصر ·

اما الاشخاص الذين يرون من هذه المسافة ولا يميزون المرئيات البعيدة فعليهم ان يستعملوا قارص الانف حينما يتطاعون الى المرئيات البعيدة ، ومتى كان الحسر على اقل من ثلاثة وثلاثين سنتمتراً يفضل ان يحملوا منظرات ، و يدعوا جانباً قارص الانف ، لان تحركه واهتزازاته حين السير يضر بالنظر · و يجدر بكل مستعمل منظرات مهما كان نوعها ان يستشير طبيبه كل سنتين ليرى حالة بصره الحالية اذا كان يهمه بصره ·

وقد علم بالاستقراء والاختبار الطويل أن القراءة في الفراش مضرة جدا · اولاً : لانها تستدعي جهودا فى انقباض عضلات العين ، لتكون هذه في وضع مناسب للكتاب · ثانياً : لان وضعة الجسم الافقية تجعل اشعة الضوء تمر قرب الحافة الجفنية السفلى من خلال الهدب ، وهذا ما يوءدي الى انكسار قسم عظيم من هاتيك الاشعة وتفرقه ، ثالثاً : قد يصعب ان يتوفر للمرء وهو في سريره الحصول على ضوء كاف · وادمان المطالعة في السرير تنشأ منه ادواء عديدة للبصر ، واهمها ضعف قوة العضلات والتكيف و بالتالي الحسر التدريجي وضعف البصر عموماً

فعلى الاباء ان يمنعوا اولادهم عن هذه العادة المضرة وعلى الشبان ايضا ان يقلعوا عنها ، اما اذا قضت الحاجة بالالتجاء اليها فيغتفر استعمالها بحكمة اذا كان البصر جيداً و يبرر هذا التساهل ·

كذلك القراءة في العربة او السيارة او القطر الحديدية متعبة نظرا الى الاهتزازات المتواصلة ، ومثلها القراءة على الضوء المتحرك كالغاز والشمعة ، اذ

ان هذه الاهتزازات بقطع النظر عن اسبابها ، من شأنها ازعاج التكيف وكل عضلات العين، وحملها على شغل مضاعف متعب لا مبرر له ابدا ، وحري بضعفاء البصر اجتناب القراءة بتاتاً في مثل هذه الظروف والاحوال .

اما الاشخاص المصابون بضعف في ابدانهم كفقر الدم والناقهون من الحميات الطفحية ، والادواء المضعفة ، وامراض اخرى التهابية في اغشية العين وهذه كلها تساعد على الوقوع بالحسر كما علمنا الاختبار الطويل ، فيتحتم عليهم اتباع قوانين الصحة العامة والالتجاء الى الجمناستيك ، والسباحة والرياضة البدنية على اشكالها ، والتنزه طويلا ، والتغذية القانونية ، واستعمال العلاجات المقوية والمتنوعة لحالة البنية فرب اعين سليمة عادت حسيرة بعد حصول مثل العلل التي اتينا على سردها ، اما الصبية المصابون بغباشات او ابضياضات قد نشأت من رمد صديدي او حبيبي ، فيترتب الاعتناء الكلي بامر قانونهم الصحي اذ انهم عرضة للحسر اكثر من خلافهم ، ويجب ترويضهم وتعويدهم النظر الى البعد في الحقول والمتنزهات ، واللعب في الخلاء وهناك سبب من اهم اسباب الحسر وعلل البصر على اشكالها وكثير من امراض البدن في الاحداث واليفعة ابقيت ذكره عمدا الى نهاية كلامي اليوم قصد ان احادثكم به في فرصة اخرى اذا ساعدت الظروف ، وذلك ما ندعوه نحن الاساة بالعادة السرية في الشبان ، واملي انكم جميعكم احرار من نيرهاتيك العادة المقوضة لاركان الجسم البشري واختم الآن خطبتي هذه بتكرار شكري لكم على اظهاركم الهدوء والانتباه لسماع ما تلوته .

موازنة بين كلمتين

(مذمر) و (سماوة)

جاءتنا المقالة الآتية من حضرة اللغوي الكبير الشيخ عبد القادر المغربي عضو المجمع العلمي تعليقاً على كلمة مذمر فنشرناها شاكرين له غيرته على اللغة ·

حضرة الفاضل رئيس انشاء مجلة الطب العربي ·

قلتم في الجزء الاول الصادر في هذه السنة من مجلتكم تعليقا على كلمة (مذمر) ان العلامة الاب انستاس الكرملي هو الذي وضع هذه الكلمة لتقوم مقام كلمة (buste) الافرنسية التي يراد بها الصورة النصفية وان (المغربي) وضع كلمة (سماوة) للدلالة على ذلك المعنى ·

وكنتم قبل هذا التعليق سألتموني لماذا لم ارتض كلة (مذمر) وعدلت عنها الى (سماوة) مع ان (مذمر) تفيد معنى (buste كل الافادة هكذا قلتم وها انا املي رأيي عليكم ·

اول من اشار بوضع كلمة (سماوة) للصورة النصفية هو الشيخ مكي الخضر التونسي · وقد نشر ذلك في مجلة (الزهراء) · فلما اطلع على قوله الاب انستاس ذكر في مجلة (لغة العرب) ما قاله الشيخ مكي ثم عقبه بان كلمة سماوة غير موافقة للكلمة الافرنسية وان كلمة (مذمر) اصلح منها للاستعمال ·

ولما قرأت قولها راجعت كلمة (المذمر) وتاملت في معناها وطرائق استعمالها فلم اجدها تفضل على كلمة (سماوة) لا من جهة دقة المعنى ومطابقته

للمراد من كلمة (buste) ولا من جهة رشاقة اللفظ وعذوبته . ولذا عولت على اختيار كلمة (السماوة) فذكرتها في جملة (الكلمات الجديدة) التي اشير على الكتاب والمحررين باستعمالها في كتاباتهم وانشر هذه (الكلمات الجديدة) في جريدة (الف باء) . وقد قلت عند الكلام على (سماوة) ما نصه :

(استحسن بعض الفضلاء ان نستعمل كلمة (سامة) للصورة الكاملة : ففي كتب اللغة ان (السامة) تطلق على شخص الرجل بتمامه اذ يقال (فلان بهي السامة . ظاهر الوسامة) كما نقول بهي الطلعة . ولا نريد الا شخصه كله اما الصورة النصفية فنستعمل لها كلمة (سماوة) بالواو : ففي كتاب الامالي لابي علي القالي (جزء ١ ص ٢٥) انه يقال لأعلى شخص الانسان (السماوة) . وفي القاموس وشرحه : (سماوة كل شيء شخصه العالي اه) .

هذا ما قلته استنادا الى نصوص علماء اللغة . وعبارتهم واضحة جلية تشف عن المعنى الذي نريده لكلمة (buste) كما يشف البلور الصافي عما اشتمل عليه

اما عبارات علماء اللغة في تفسير كلمة (المذمر) فلا تشف عن المعنى الذي نريده لكلمة (buste) الا بتكلف : ففي القاموس وشرحه ان المذمر كمعظم القفا وقيل المذمر اسم لعظمين في اصل القفا . وهذان العظمان كما يسميان (المذمر) يسميان ايضا (الذفرى) وقيل (المذمر) هو الكاهل . وقد جمع الاصمعي بين هذه المعاني في تفسير (المذمر) فقال : (المذمر) الكاهل والعنق وما حوله الى (الذفرى) . و (الذفرى) كما مرّ هي العظمان في اصل القفا او العظم خلف الاذن .

وانما سمي هذا المكان من القفا (مذمرا) بفتح الميم المشددة لتعلق فعل

(التذمير) به · و (التذمير) ان يدخل الرجل (المذمر) بكسر الميم المشـددة (والمذمر للابل كالقابلة للناس) — يده في حياء الناقة فيلمس مذمر جنينها الذي في بطنها (أي يلمس قفاه او العظمين اللذين في قفاه او العظم الناتئ خلف اذنه او كاهله) — فيعلم اذ ذاك ان كان جنين الناقة ذكراً او انثى ·

وقال بعضهم في تفسير (التذمير) هو ان (المـذمِر) يلمس (المذمَّر) اي لحيي الجنين : فان كانا غليظين كان الجنين فحلا · وان كانا رقيقين كان ناقة · وهـذا التفسير زادنا في معاني (المذمر) ان يكون بمعنى (اللحي) وهو عظم الفك ·

فنلخص من هذا جميعه ان (المذمر) في لغة العرب هو عضو من اعضاء الجسم لا يعدو ان يكون (القفا) او (العظمين في القفا) او (العظم خلف الاذن) او (الكاهل) او (اللحي) ·

هذه هي المعاني التي يتعاورها لفظ (المذمر) · وعبارة التاج التي نقلهـا الاصمعي وهي قوله (المذمر الكاهل والعنق وما حوله الى الذفرى) وهي التي استند اليها الاب انستاس — موجزة فسر الاصمعي نفسه واوضحها بأكمل ايضاح ·

ففي شرح نقائض جرير والفرزدق (جزء ١ ص ٣٥٢) طبعة اوربا عند قول الفرزدق :

(كيف التعذر بعد ما ذمرتم سقباً لمعضلة النتاج نوار

ما نصه :

« ذمرتم اي مسستم مذمره عند نتاجه · وقـال الاصمعي » للمذمر مكانان يمسها المذمر : فاحدهما ما بين الاذنين اذا وجده غليظاً تحت يده علم انه ذكر ·

واذا رآه يموج تحت يده علم انه انثى · والمكان الاخر : ان يمس طرف اللحي فان وجده لطيفاً علم انه انثى وان وجده جاسئا (قاسيا صلبا) علم انه ذكر اه »

فبعد هذه النقول كلها لا يصح القول بان (المذمر) له معنى لغوي باعتباره يصح اطلاقه على الصورة النصفية للانسان · وانما (المذمر) مكان خاص او عضو خاص من النصف الاعلى للانسان بل ربما كان اكثر استعماله في الابل كما مر صراحة وهو لعمري لا يعدو المكان الواقع بين الكتف والرأس في العنق كما قال الزمخشري في الاساس ·

فالمذمر اذاً مما يحسن ان يهديه صديقنا العلامة الكرملي الى علماء التشريح عامة او علماء البيطرة خاصة ·

الا ان يكون لدى الاب المحترم علم او قول لعلماء اللغة في تفسير (المذمر) لم نهتد بعد اليه · والسلام عليك وعليه ·

المغربي



مفكرة في الطب العملي

معالجة التهاب الوتين المزمنة

مترجمة عن جرائد الغرب

أ — المعالجة الصحية :

١ — يجتنب الافراط في الغذاء وتتحاشى الاطعمة التي تكثر فيها البهارات والتوابل ، والمقددات ، ولحوم الصيد والشاي والقهوة والخمر وسائر الاشربة الكحولية . ويسمح بقليل من اللحم .

ويشار بنظام غذائي لبني نباتي تقل فيه الملاح : اللبن البقول الجافة والطرية الاسماك ، اللحوم البيضاء ، الاثمار ، قليل من الملح

٢ — تجتنب الانفعالات ، والجهود ، والتمرنات المتعبة ، والمشي السريع والطويل المدة ، وصعود السلالم ، وركوب الخيل والدراجات والسكنى في شواطئ البحار او المرتفعات العالية والبرد .

فيجب اذن ان تكون المعيشة هادئه وفي الهواء الطلق .

٣ — يجتنب التبغ .

٤ — يشار بالتمرنات اللطيفة المعتدلة و بدلك الجسد كله دلكاً جافاً ، والحمامات الفاترة ، والفحمية الغازية .

٥ — يقضى فصل في احدى الحمات (المياه المعدنية) كروايه (Royat) او بوربون لانسي (Bourbon - Lancy) متى كانت عضلة القلب والكليتان غير قاصرة .

ب — المعالجة السببية :

متى كان سبب التهاب الشريان زهريا يكافح بالمعالجة المضادة للزهري فيوصف تارة الزئبق واونة البزموت وتعطى المقادير التي يتمكن الشخص من تحملها وتقطع المعالجة ردحاً قليلا من الزمن بين كل علاج واخر : ولكن ليس اكثر من ثلاثة اسابيع ٠

فيوصف الزئبق حقناً في الوريد سنتغرام كيانوس الزئبق (الا في المرة الاولى اذ يحقن منه بنصف سنتغرام فقط) كل يومين ، عشر حقن متوالية ٠ او يعطى فتائل :

مرهم الزئبق	٠٫٠٣ — ٠٫٠٦ سنتغرامات
زبدة الكاكاو	٣ غرامات

لفتيلة واحدة توضع مساء وتترك في الليل ٠

ويجب ان يعتنى عناية شديدة بالفم والاسنان فتنظف بمحلول كلورا البوتاس ويقطع العلاج متى بدا اسهال ٠

ويوصف النيوسلفرسان حقناً في الوريد او حقناً شرجية متى خشي من استعماله بهذا الطريق او متى كانت حالة المريض المادية لا تمكنه من استعماله وذلك ان يذاب المقدار الذي يراد الحقن به بمائة سم[٣] من المصل الخلقي (الفسيولوجي) ٠

واما المقادير فتزاد تدريجياً فيبتدأ بعشرة سنتغرامات فخمسة عشر فعشرين فثلاثين فاربعين حتى خمسة وسبعين وتضع حقنة كل اسبوع ٠ ويكون المجموع ٦ — ١٠ حقن شرجية ٠

ومتى كانت الكبد والكليتان قاصرة — يجب ان يمتنع عن استعمال النثوسلفرسان لان في استعماله خطراً ·

ومتى كانت عضلة القلب ضعيفة يجب ان يعطى المريض قبل النثوسلفرسان عشر قطرات الى عشرين قطرة كظرين (ادرنالين) وان يحقن بالزيت المكوفر ويسقى المريض بعد الحقنة فنجان شاي شديد الحرارة وملعقة من مشروب فيه خلاة النشادر ·

ويعطى البزموت حقناً في العضلات فيحقن مرتين في الاسبوع على ستة اسابيع متوالية بامبول تربو كينول (Trépoquinol)او نيوتربول (Néotrépol) كل مرة ·

وفي اثناء الفترة اي في الاسابيع الثلاثة التي ينقطع بها المريض عن المعالجة يعطى كل يوم ١ —٣ غرامات يودور البوتاس في مشروب او حب (يودورال «iodural»)
واذا لم يحتمل اليودور تحقن عضلاته بالليبيودول (سنتمتران مكعبان كل يوم)

ومتى كانت الكلية قاصرة وكان الكلورور منحبساً في الدم يستعاض عن اليودور بالاحينيات اليودية (albumines iodées)

ومتى بدا اقل عرض دال على ضعف القلب او متى ظهرت اعراض وذمة حادة في الرئة · يجب قطع اليودور في الحال ·

ومتى كان سبب التهاب الشريان رثوياً تعطى صفصافاة الصوده ٣ — ٦ غرامات في اليوم مدة ١٢ — ١٥ يوما ٣ — ٤ مرات في السنة ·

ومتى كانت البرداء السبب يعطى من الكينين ٤٠ ، ٠ سنتغراما الى غرامين مدة ١٠ — ١٢ يوما ٣ — ٤ مرات في السنة

وتناوب الكينين مع النثوسلفرسان فتصنع منه ٦ — ٨ حقن شرجية بعد حل العلاج في مائة سم^٣ من المصل الخلقي ويكرر العمل ٣ - ٤ مرات في السنة

ومتى كان النقرس والتسممات بالاسرب او التبغ او الكحول او الغـذاء سبب الالتهاب الشرياني يجب حذف السبب و يسن علاوة على ذلك :

١ً — ينقص الكلورور والمواد الازوتية في الغذاء وتقلل كميتـه ويحمى المريض يومين او ثلاثة ايام كل اسبوع حمية مائية او لبنية او ثمرية فقط ·

٢ً — يعطي كل اسبوع او اسبوعين مسهلا خفيفا ملعقة كبريتاة الصوده في قدح ماء فيشي صباحا على الريق ·

٣ً — يعطى صباحا ومساء مدة عشرة ايام في الشهر ١٠٠ — ٣٠٠ سم٣ من ماء افين او فيتل او كونتر كسفيل مع ٠،٥٠ سنتغم ثيوبرومين او بدونه او مع سكر الحليب ·

ومتى كان الالتهاب ناجما من التشنج الوعائي (التعب المفرط ، الانفعالات الغم الشديد) يعطى الفاليريانا والبرومور والمنومات ولا سيما الكلورال والنيكتال

ج — المعالجة العرضية

١ً — متى كانت الالام شديدة وناجمة من التهاب محيـط الشرايين تطبق كل اسبوع على ناحية القص ذبابة ميلان او تكوى بالنار او تطلى بصبغة اليود

٢ً — متى كانت زلة(ضيق نفس)يحجم المريض حجامات جافة ويحقن بالمورفين ومتى كانت الزلة سمية المنشإ يحمى المريض حمية لبنية و يعطى مدرات البول ·

٣ً — متى اصيبت الرئة بوذمة حادة يفصـد المريض ٣٠٠ — ٤٠٠ سم٣ ويحجم حجامات مدممة في ناحيتي الجذع والكبـد و يحقـن بالزيت المكوفر والستركنين والبنين (كافئين) والايثير

٤ً — متي استرخى القلب (asystolie) يلازم المريض سريره ويحمى حمية

مائية في البدء فحمية لبنية و يعطى المساهل و يفصد و يحقن الوريد بالاوابئين (ouabaïne) ثم يعطى الديجتال .

٥ً — متى تسمم الدم بالبولة (urémie) يحمى المريض حمية لبنية مطلقة ويفصد . ويحجم حجامات دموية ويعطى الثئوبرومين مع مسحوق بصل العنصل . م . خ .

الاستاذ فيدال

١٨٦٢ — ١٩٢٩

فقد الطب علماً من اعلامه ونجماً من نجومه الثاقبة بموت فيدال الاستاذ في معهد الطب بباريس ولعمري من منا يجهل هذا الاستاذ وابحاثه اشهر من ان تعرف فهو الذي بين ان الحمى التيفية تنتقل بالماء وكشف طريقة تلازن العصيات التيفية بمصل المرضى فسمي التفاعل باسمه (تفاعل فيدال) وعاد تشخيص هذه الحمى بفضل ابحاثه واضحاً جلياً كما ان اسمه عاد خالداً لا تقوى على محوه السنون . وهو الذي تابع ابحاثه مع شنتمس(Chentmesse) عن التلقيح المضاد للحمى التيفية وتمكن رغم المعارضة التي صادفها ان يبرهن عن فائدة هذا اللقاح فكان للقاح شنتمس فيدال في زمن الحرب فائدة جليلة وقد عم الآن استعماله العالم باسره .

وهو الذي وجه انظاره الى الكلية فكان له في امراضها القدح المعلى فقد درس انحباس الكلورور وانحباس البولة في الدم(azotémie) وصدمة التزعزع الدموي (ch.hémoclasique) ونال بابحاثه هذه شهرة عالمية قلما يحصل عليها عالم سواه .

غير ان الموت يحصد بمنجله الجميع فلا يترك العالم المفيد مكباً على علمه وابراز كشوفه المفيدة ولهذا لم يعف من حكمه فيدال الذي كان موته ضربة شديدة نكب بها العالم الطبي فنحن نتقدم بهذه المناسبة لمعهد الطب بباريس تعازينا الحارة على فقده سائلين للراحل الكريم الراحة في حياته الثانية .

مرشد خاطر

الجزء ٤ المجلد ٦

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٢٩ م . الموافق لشوال سنة ١٣٤٧ هـ

استئصال جسم الرحم في سيدة مصابة

بورم ليفي عفلي وبالتهاب توابع الرحم اليمنى

بطريقة هـ . كلي (H.Kelly)

للحكيم ابرهيم الساطي استاذ الفرع النسائي الولادي في المعهد الطبي

دخلت السيدة ن . الفرع النسائي الولادي في المستشفى العام مصابة بأنزفة بدأت منذ زهاء ثلاث سنوات وقد قبلت باجراء العملية الجراحية بعد ان تيقنت خيبة الطرق الدوائية الاخرى .

سن العليلة ٥٤ سنة وهي ولود متوسطة البنية عصبية المزاج صفراويته طويلة القامة تأهلت مرتين وولدت (٥) اولاد واجهضت مرتين ، وبدأت العلة باختلال الطمث من حيث الكمية والكيفية والمدة فكان الطمث تارة ذا تخثرات مختلفة الحجم وطوراً سائلاً ممزوجاً بمواد مخاطية لا تتجاوز فواصله اسبوعاً او عشرة ايام ، ولون المريضة شاحب تقرب سحنتها من السحنة الابقراطية مع شيء من عسر التنفس وخفقان القلب الناجمين من فاقة الدم ونـدرة وسائط الاستدماء وتشكو العليلة دواراً وأرقاً للسببين ذاتهما ، امعاؤها منتفخة واهنة

ومعدتها متمددة مترافقة بابطاء الهضم واختلاله بسبب الأنزفة وصدمة الورم الليفي المنعكسة للأنبوب الهضمي والافعال المنعكسة الناشئة من التهاب الرحم المنتشر المرافق للورم · وتبدي العليلة اعراض الاختلالات البولية والبرازية الناجمة من ضغط الورم مباشرة والاماً على مسير الطرفين السفليين ووذمة فيهما سببه ضغط الكتلة الورمية للضفيرة العجزية من جهة والاوعية الحرقفية من جهة اخرى · ولفاقة الدم المسببة من تكرر النزف يد اثيمة في تكون معظم الاعراض الآنفة الذكر ولدى الشروع بفحص المريضة بالنظر بدا في الناحية الخثلية تورم يشغل القسم الأيسر اكثر من الأيمن وشعر بالجس بكتلة ورمية غير منتظمة صلبة لا تكاد تتحرك حركات جانبية وامامية خلفية غير ملتصقة بالجدار الامامي في قسمها المتوسط والأيسر وملتصقة به في القسم الأيمن حدودها اليسرى المجاورة للخط الذي لا اسم له وحدودها العليا منتظمة ومستديرة واما قسمها الأيمن القريب من الخط الأيمن الذي لا اسم له فغير منتظم ويشعر بالجس البسيط ان الرتوج الثلاثة الجانبيين والخلفي ممتلئة بكتلة متصلبة متحركة جانبها الأيمن اكثر من جانبيها الخلفي والايسر وعنق الرحم ضخم مرتشح مفتوح فيه شقوق شعاعية متعددة بسبب الولادات المكررة المهملة تسيل منه مادة مخاطية دمية عفنة وتجتمع في غور المهبل مكونة علقات مختلفة الحجم ولدى المس والجس معاً ظهرت الصفات الورمية بوضوح تام فشعرت الاصبع الماسة واليد الجاسة بكتلة ورمية متصلة بجسم الرحم مدورة منتظمة شاغلة للقسمين المتوسط والجانبي للحوض قوامها صلب سطحها املس ليس فيه شيء من الانتظام غير مؤلمة بالضغط وغير ملتصقة بجدار البطن الامامي عسيرة

التحرك من مكانها واما الجس والمس في جهة الورم اليمنى فيبديان لنا كتلة ورمية غير منتظمة ملتصقة بجدار البطن ومستقرة في الرتج الجانبي تفصلها عن الكتلة الاولى في الاسفل مسافة غير منتظمة وتتصل في الأعلى بالكتلة الورمية سطحها غير منتظم موءلم بالجس والمس العميقين وقد اختير وقت توقف النزف لسبر غور الرحم فكان طول قناة الرحم خمسة عشر سنتمتراً ولما كانت حالة العليلة العامة قريبة من الدنف لازمان العلة ووفرة الانزفه وقربها من الاستحالات التنخرية واصابتها في الوقت ذاته بالتهاب الأذن المتوسطة القيحي المتنخر خشينا ان تخيب عملية استئصال الرحم كما خابت الطرق العلاجية الاخرى فعولجت العليلة اولاً بالمداواة المرممة والمقوية اعاضة لدمها واعادة لقواها الخائرة انتظاراً لحلول وقت مناسب لاجراء العملية غير ان طروء نزف جديد حدا بنا الى الاقدام على العملية مضطرين فخدرت العليلة بالايثير الكبريتي وبقناع امبردان ووضع حامل المصراع العاني بين فخدي العليلة تهيئة له لقبول هذا المصراع بعد اتمام شق البطن ثم وضعت العليلة في وضعة تران دلامبورغ المائلة او الوضعة المنحطة لبوزي وشق البطن شقاً متوسطاً طوله زهاء ١٥ — ١٧ سم وفتحت الطبقة العضلية فالخلب الذي كان ملتصقاً في الجهة اليمنى بالتوابع اليمنى وبعد ان وقيت حوافي الشق بطبقتين من الرفائد وضع المصراع العاني وثبت في مكانه على حامله واحكم وضعه فبرزت الاقسام السفلى من البطن وبعدت الاقسام المتوسطة من الشق بمبعد غوسه (Gosset) الذي يمتاز بسهولة استعماله وبساطته وسرعة انطباقه واحكامه لضغط الرفائد وابراز جوف البطن ثم القيت نظرة سريعة وعامة على ساحة العملية فتبين ان

الرحم ضخمة فيها بارزات غير منتظمة ولا مستوية وانها منقلبة انقلاباً خلفياً والتوابع الرحمية اليسرى حرة فيها بعض الارتشاح واما التوابع اليمنى فملتهبة وملتصقة بعض الالتصاق بوجهها الامامي و كثيرة الالتصاق بوجهها الخلفي فبدا لنا ان استئصال الورم والرحم اسهل بطريقة (Kelly) فسترنا الامعاء امـام السين الحرقفي والمستقيم برفادة كبيرة ووضعنا رفادة صغيرة كنا نبدلها كلما تلوثت و كنا قد محونا حركات الامعاء الدقيقة باعطاء العليلة سنتغراماً واحداً من المورفين قبل العملية ونظفنا الانبوب الهضمي بالمسهل والحقنة الشرجيـة فوجدنا العرى المعوية ساكنة يسهل ارسالها وجمعها عند قبة الحجاب الحاجز وبعـد وضع ملقطي راوو المسننين على قعر الرحم وجره الى الاعلى وقليلاً الى الأيمن فصلت الحزمة الوعائية للشريان المبيضي الرحمي الايسر في الحافة العلوية للرباط العريض الأيسر ومسكت بملقطي سوغوند القاطعين للنزف وربطت بإحكام وقطعت وقطع الرباط المدور في انسي الملقط الذي وضع عليه ثم نكست الرحم اكثر فاكثر الى اليمين فشعر بنبض الشريان الرحمي فمسك بملقط حذاء الحافـة وقريب منها جداً وقطعت الحزمة الوعائية في انسي هذا الملقط وربطت ونزع الملقط ثم رسمت شريحة بشق منحن اتجاه تقعره الى المثانة وسلخت هذه الشريحة تمهيداً لتأسيس الخلب تأسيساً حسناً بعـد العملية ثم بترعنق الرحم بضربتي مقص ومسك جذمور العنق الباقي في الامام والخلف بمنقاشي كوهر لضبط العنق من جهة وتوقيف نزفه من جهة اخرى ونكست الرحم بزيادة الى الايمن فشوهد في زاويـة مقطع العنق الشريان الرحمي الايمن الذي قطع بعد ضبطه بملقط سوغوند فربط وابقي الملقط في

خاصرة الرحم على القطعــة الانتهائية للشريان الرحمي اجتناباً للنزف الآتي بسبب تفاغره مع المبيضي الرحمي الايمن ثم بوشر فصل التوابع اليمنى الملتصقة وقد سهل هــذا الفصل بفك التصاقها من الاسفل الى الاعلى طبقاً لطريقة كلي (Kelly) وحسب وصيــة الاستاذ حنا لويس فور (J. L. Faure) بلزوم معالجة فك التصاقــ التوابع الرحمية من الاسفل الى الأعلى وهكذا جردت الالتصاقات وربطت الحزمةالوعائيةالمبيضية الرحمية اليمنى واستخرجت الكتلة جميعها وبعد ان ازيلت الرفادات السطحية رغسلت الناحية بكمية من الأيثير الكبريتي بوشر تاسيس الخلب بشلالة متقطعة نظمت غور تقعير الحوض وخاصرتيه وغمدت مقطع العروق الرحمية والمبيضية الرحمية والمدورة وجذمور العنق ثم غسلت المنطقة ثانياً بالايثير ووضع في قاع دوغلاس انبوبان مرنان مثقوبان قرب النهاية البطنية بضعة ثقوب بغية التحفيض (drainage) ثم اعيدت وضعة العليلة افقية فعادت الأمعاء الدقيقة والثرب الكبير الى مكانهما ونزع مبعد غوسه (Gosset) والمصراع العاني وهيئت خيوط الشبه (bronze) لخياطة طبقات جدار البطن بسرعة فائقة محافظة على العليلة من امتداد الصدمة القلبية فسترغور الجرح برفادة واسعة وغرزت حافتاه بخمسة خيوط شبهية متساوية البعد وشاملة للخلب والعضلات والجلد وربطت بعد ان احكمت محاذاة حافتي الجرح واكمل تلاصق الجلد بوضع مخــالب ميشل واحتجنا الى خياطة بوزي العميقة مرتين لتقوية جدار البطن الذي كان بسبب الورم وحذراً من زيادة استرخائه بعد استئصال الورم . وبعد مسح الجلد بالايثير وضع ضماد ضاغط قليلا ونقلت العليلة الى سريرها وقد ارسلت

الكتلة الورمية مع الرحم الى دار التشريح المرضي ليقوم بفحصها النسيجي الاستاذ شوكة بك الشطي فجاء الجواب المجهري مصدقاً للفحص السريري ولم يطرأ على العليلة اختلاط مهم عقيب العملية وقد وضع كيس الثلج على البطن اتقاء لالتهاب الخلب وكوفح وهن الامعاء والاحتباس الغازي بوضع انبوب مورفي (Murphy) المستقيمي ونزع الاحفوض في اليوم الثالث والخياطة بين اليوم السادس والتاسع وتركت المذكورة المستشفى واحوالها العامة حسنة وستتحسن اكثر فاكثر اذا ثابرت على تعاطي مرممات الجسد والمقويات ·

النتائج المستخلصة عملياً : اولاً تسهيل العملية واتقاء المجادلة مع العرى المعوية وايقاف حركاتها بتفريغها تفريغاً تاماً بالمسهل والحقن المستقيمية واعطاء المريضة سنتغراماً واحداً من المورفين فكان من كل هذا ان سكنت حركات الامعاء وسهل ضبطها عند قبة الحجاب الحاجز واتقاؤها للرضوض التي تقع عليها عادة ابان هذه العمليات وتعرضها لالتهاب الخلب في الايام التالية وكان النوم الذي احدثه المورفين سبباً في محو الخوف الذي تشعر به العليلة عادة عند دخولها لقاعة العمليات واتقاء الانفعال الشديد الذي يصيب بعض النساء في هذه الساعة ·

ثانياً : لم يكن تاسيس الخلب صعباً على الرغم من الالتصاق في قسمه الأيمن فقد كان ترميمه التام مستطاعاً وقد سترت به مقاطع العروق وجذمور عنق الرحم الأمر الذي يوجب ضم الزمن السابع من عملية استئصال الرحم تاماً كان او غير تام لكل استئصال رحمي ·

ثالثاً : حذفت التوابع الرحمية الملتهبة حذفاً تاماً بدون ان ينبثق الكيس

النفيري فعد التقعير الحوضي اذن عقيماً ومع هذا لم يضر التحفيض العليلة ولو ظن بعضهم انه ليس ضرورياً في كل حادثة اما نحن فنعتقد ان التحفيض اذا اجري على الوجه البسيط كما اجريناه في هذه العملية او حسب طريقه ميكوليز افضل ولا غنى للجراح عنه وكثيرات هن النساء اللواتي كن ولم يزلن مدينات بحياتهن للتحفيض المعتاد او للميكوليز ·

رابعاً : لم يشاهد اثناء سير العملية ما يدل على صدمة جرحية او لزوم تكييف احد ازمنتها غير ان المريضة ابدت زلة لازمتها على الرغم من إبقاء جهاز امبردان بدرجة الصفر فخشي من النهي العصبي القلبي البصلي فاسرع الى سد البطن بالخيوط المعدنية طبقة واحدة فكانت نتيجته ان الجرح ندب ندباً متيناً كما في الطرق الأخرى ·



الهيضة الاسيوية في الشرق الادنى (١)

للحكيم سامي الساطي استاذ الامراض الباطنة في معهد الطب بدمشق

١ً — لمحة تاريخية : انــه وان كانت الهيضة قد اجتاحت بلاد الشرق الادنى عدة مرات ، فلا يدل ذلك على ان هذا المرض الساري جداً من امراض هذه البلاد القريبة كثيراً من الهند التي هي بوءرة ذلك المرض واول جائحــة يذكرها التاريخ للهيضة في سورية كانت في سنة ١٨٢٢ ثم في سنة ١٨٣١ . ثم ظهرت في مكة عام ١٨٤٥ ثم اجتاحت في سنة ١٨٤٦ سورية ومكة ومصر ثم ظهرت في ارض الجزيرة سنة ١٨٥٥ . وفي سنة ١٨٦٥ ظهرت في مكة ايضاً بوصول الحج الهندي الذي مات منه نحو ٩٠٠٠ حــاج ، ثم انتشرت من هنالك الى مصر والى ما بين النهرين ، الدجلة والفرات ، ثم اعادت الكرة في ١٨٧٠ ومات من الحجاج نحو ستة آلاف ايضاً . ثم ظهرت في ١٨٨٣ وكانت مصر منشأها اذ ظهرت في دمياط في تاجر هندي وكانت سبباً لوفاة نحو من ٢٥٠٠ شخص . ثم ظهرت في سوريــة ايضاً سنة ١٨٨٩ وفي سنة ١٨٩٥ وانتشرت منها الى مكة ومصر . وفي سنة ١٩٠٠ ظهرت في مكة وانتقلت الى سورية وكانت سبباً لوفاة ثلاثة آلاف شخص في مــدة ستة اشهر . وظهرت كذلك في مكة سنة ١٩٠٧ ثم في سورية . وفي سنة ١٩١١ ، اي في حرب

(١) هذه هي المقالة الثانية التي قدمها معهدنا لموءتمر القاهرة الطبي

البلقان ، ظهرت في مكة ثم في سورية وجميع اقطار الحجاز وآسية الصغرى . ولقد كان لي نصيب في مشاهدة جائحتي سنة ١٩٠٠ و ١٩١١ في دمشق وجائحة ١٩٠٧ في الحجاز ، وفي سنة ١٩١٦ اي في الحرب العامة في خليل الرحمن ، في فلسطين .

ومن هذه اللمحة المختصرة يستنتج ان هذه الجوائح المختلفة في هذا الشرق الادنى كان منشأها الاشخاص الآتون من الهند وكذلك اكثر الجوائح التي كانت تبدأ من مكة كان سببها اولئك الحجاج الهنود ايضاً .

٢ً — الاسباب : تنتقل الهيضة بالتقرب من المصابين بها ولذلك لا يبعد ان يكون الحجاج الهنود المصابون بهيضة خفيفة او ان يكون حاملو الجرثوم (بورتور) منهم سبب تلوث مكة بهذا الوباء او تلوث سائر الحجاج الذاهبين الى هنالك لاداء فريضة الحج ، وهولاء بدورهم يصبحون سبب انتشار هذا الوباء في مصر وسورية وما بين النهرين وفي سائر اقسام الشرق الادنى ، وبسببهم قد ينتقل الى بلاد بعيدة كما حصل في سنة ١٩١١ من انتقال الهيضة الى المغرب .

وقد تنتقل الهيضة من الهند بطريق بلاد الافغان فالعجم وتتقدم الى سورية . وهذا الطريق هو طريق الجوائح العظيمة التي لم تقتصر على بلاد الشرق الادنى فحسب بل تعدتها الى كثير من بلاد العالم القديم . وكثيراً ما تتبع هذه الجوائح طريق الحاج الهندي اما بطريق خليج العجم فالبصرة وبغداد فدمشق وإما بطريق البحر الاحمر فجدة وهي مرفأ مكة .

ولكنه وان كانت السراية الاساسية في هذا الداء بالقرف مباشرة فهنالك

اسباب تالية تستحق انعام النظر لانها قد تحول سيرها وانتظام حركتها ٠

فربما كان لجهل بعض الامم دخل في هذه السراية ، فالحاج الجاهل صورة العدوى وعدم اتخاذ الحكومات السابقة في الحجاز كما في غيرها ، الوسائل الصارمة في المكافحة كانا من الاسباب الهامة في هذا الانتشار وتلوث كثير من افراد الحج ، سيما غسالي الموتى والحفارين وحمالي النعش ، وما شابه ٠ وان في استعمال النعش مرات في اليوم دون تطهير في كل مرة وعدم تطهير يدي الحاج جيداً ، في البلاد التي يقل ماؤها في الحجاز او في طريق الحاج الى بلاده اسباب اخرى لذلك الانتشار ٠ واني لاذكر اني صادفت في جائحة ١٩٠٧ حين كنت مرافقاً لقافلة الحج الدمشقي ، اول حادثة من الهيضة في المستورة بين الحرمين ولكن ما لبثت الجائحة ان اضحت عامة سريعة بسبب آبار الشرب المنتشرة على الطريق والمتلوثة بايدي الذين لا يعرفون سبيل الوقاية من هذا المرض الفتاك ٠ وكذلك فان عادة سلب الاموات ثيابهم بعد دفنهم من الاسباب المخيفة في انتقال هذه الجراثيم ٠

ولا يخفى ان شدة الازدحام في الحفلات او الاعياد ، كما في نفرة الحج وعيده مثلا هي من الاسباب الهامة جداً التي لا تحتاج الى ايضاح مطلقاً ٠

من المعلوم ان الهيضة تنتشر بواسطة الماء الملوث، ولكن عادات اهل البلاد وحرصهم على الحصول على ماء جارٍ في بيوتهم لتخفيف وطأة القيظ في الصيف مما يسهل انتشار هذا الوباء بصورة خاصة ، فالبيوت ، في بلاد الشام ، مهما كانت فقيرة فيها ماء جار دائماً ٠ والاحواض في هذه البيوت كلها تستقي من ماء واحد،

فاذا تلوث هذا الماء كان سبباً في انتشار الداء القتال الى جميع البيوت التي يجتازها ٠

وهكذا الحال في دمشق خاصة ، حيث يخترقها بردى بمائه متغلغلاً في جميع اقسامها بفروعه التي لا تحصى ، لتلطيف هوائها وارواء حدائقها ولكنه في الوقت نفسه ، يحمل تلك الجراثيم و يبثها هنا وهنالك ٠

وهذا هو سبب انتشار الجوائح ، وتوسعها سريعاً و بقائها مدة طويلة كما حدث في جائحة سنة ١٩٠٠ التي دامت مدة سنتين في ذلك البلد ٠

لا يغرب عن البال تأثير الذباب الشديد في بلاد الشرق الادنى ، حيث يكثر بسهولة ٠ وقلما يوجد في بلد من بلاد الشرق بقدر ما يوجد في جده ، مرفأ مكة ، وعلى الرغم من ذلك ، لا تجد هنالك شخصاً يلتفت الى ابسط الامور الصحية حتى ولا الى ستر تلك المواد الغذائية المعروضة للبيع على قارعة الطريق ٠ ومع ذلك قلما تكون الفواكه الملوثة ، بهذه الصورة سبب انتشار هذا الداء كثرتها في الخضر التي توء كل غير مطبوخة ٠ ولعل سبب ذلك وجود خمائر مضادة للجراثيم في تلك الفواكه ولابد لنا من ذكر ان الاستعداد للاصابة بهذا الداء ليس على وتيرة واحدة في الجماعات او الافراد ٠ ففي جائحة ١٩٠٠ في دمشق بقيت بعض الاحياء مصونة مدة طويلة بينما كانت الهيضة تفتك فتكاً ذريعا في الاحياء الاخرى وهكذا بقيت تلك الجائحة في دمشق مدة سنتين مع انها لم تدم في الحجاز الا اشهراً ٠ ولعل في ذلك دخلا لعلو الامكنة ايضا ففي جوائح مكة ، يهاجر كثير من السكان الى الطائف الذي يعلو كثيراً عن مكة والذي يبقى غالبا خارج نطاق تلك الجوائح بسبب ذلك الارتفاع او

بسبب تعرضه للرياح التي تعصف هناك وتنظف الهواء من الغبار الملوث ·

وهكذا كانت الحال مساعدة في خليل الرحمن ، في اثناء الحرب العامة اذ كانت الجائحة اقل وطأة منها في البلاد الأخرى لارتفاع الخليل وكثرة رياحها

والذي يظهر ان الهواء الرطب ينقص من حمة جراثيم الهيضة ولذلك تكون الجائحة في مكة اشد منها في جدة وتكون كذلك شديدة في عربان رابغ والوجه والينبع الداخلية اكثر من تلك البلدان نفسها ·

وتكون وطأة الهيضة اخف في المناطق التي هي من طبيعية كلسية مسيكة لبقائها سطحية وتأثير اشعة الشمس فيها خلافا لما اذا كانت الارض نسيمة اي غير مسيكة فهناك تنفذ في الارض فتتخلص من تأثير الاشعة القاتلة عدا انها تكون كذلك ينابيع المياه التي تصل اليها تحت الارض ·

وكذلك تكون هذه الجوائح اشد فتكاً في الصيف منها في الشتاء والهيضة في الحجاز تظهر صيفاً وشتاء ·

٣ً — المناعة والاستعداد :

جميع الاجناس والاعمار سواء في قبول هذا التلوث بجراثم الهيضة فالاطفال يصابون كالكهول ولكنهم يبرزون اشكالاً مقتضبة قليلة الخطر على حياتهم ولكنها كبيرة الخطر على غيرهم لقلة ما ينتبه لطبيعتها الهيضية ·

والرس الاسود يصاب كغيره من الرساس الاخرى ومما اذكره ان اول اصابة بالهيضة في جائحة سنة ١٩٠٧ في الحجاز كانت في شخص زنجي من الحجاج ·

ومن الصناعات ما هو حافظ من الهيضة كما ان منها ما هو مساعد لظهورها

فالصناع الذين يشتغلون بالنحاس والتبغ والفحم وجلود الحيوانات قلما يصابون بالمرض · مع ان سائقي الجمال والادلاء والسقائية و (المهاترة) المعرضين للمشاق اكثر من غيرهم هم الذين يصابون بالهيضة قبل غيرهم غالباً وهذا ناتج من التعب ·

وللشعب اعتقاد عندنا في ان للحمية تأثيراً كبيراً في حصول الهيضة وهو يرى في الاشربة الحامضة فضيلة حافظة لذلك تراهم يكثرون من شرب تلك المرطبات الحامضة كالليمونيات في ايام الجوائح خاصة · هذا مما يوافق القواعد العلمية اذ من المعلوم ان ضمات الهيضة لا توافقها البيئات الحامضة مطلقاً · وقد استعمل سكان دمشق تلك الاشربة كثيراً في جائحة ١٩٠٧ فلم تجدهم كثيراً لان الجائحة دامت سنتين في مدينتهم والافضل استعمال الكينين للوقاية من الهيضة اذ عرف ان الهيضة تجتنب من يستعمل هذه المادة ·

٤ – الاعراض والاشكال السريرية :

اننا لنترك البحث عن اعراض الهيضة العامة لانها معلومة لدى الزملاء الافاضل ونستسمحهم الاذن بذكر بعض اعراض وصفية قليلة الشيوع والذيوع صادفناها في بعض الجوائح اهمها :

هيضة بدون اسهال مطلقاً او هيضة قيئية الشكل كان فيها التجشوء والقياء البسيط او الارزي العرض الوحيد كأن تلك الاصابة كانت منحصرة في النصف الأعلى من انبوب الهضم · ومن الاشكال التي يمكن ذكرها ايضاً شكل الازرقاق السريع وهذا الازرقاق قد يكون محدوداً في الوجه او في النهايات مثلا وقد يكون عاماً · والشكل الخناقي ، وقد شاهدت ذلك

في احد الضباط العثمانيين في مكة ، وكان كل ما شوهد لديه من الاعراض المحسوسة اعراض الخناق الصدري الجنيس وكانت وفاته عقب سكتة قلبية والذي ظهر اخيراً في فتح الجثة اصابته بآفات الهيضة الجنيسة . ثم مما يذكر هنا الشكل المقتضب في الاطفال الذي قلما يشاهد فيه غير اعراض اسهال بسيط او بعض اعراض عصبية فقط ولم اشاهد شيئاً من الاختلاطات المذكورة كالتهابات القني الصفراوية او احتقان الكبد او اليرقان ، ما خلا بعض نمشات في الجلد فقط . والهيضة في الحوامل شديدة الوطأة غير اني صادفت بعض الحوادث الوخيمة التي انتهت بالشفاء ولا يستبعد ان تكون الحولاء (المائع الامينوسي) قد اعاض عن السوائل التي فقدتها البنية .

٥ — الوقاية :

وانا لنقتصر في هذا الفصل على ذكر اسس الوقاية لئلا نضيع وقت الزملاء بتكرار شيء يعرفونه واهم مافي ذلك مستند الى ملاحظة كل من يشتبه بسلامته او تحري حاملي الجرثوم دائماً . اذ يمكن لتلك الضمات ان تظل مدة طويلة في براز الناقهين من الهيضة او من شفي منها حتى بعد ١٥٠ يوماً . ومن هنا يظهر لكم عدم كفاية الحجر الصحي القديم على القادمين من بلاد موبوءة مدة خمسة ايام فقط دون تحري حاملي الجرثوم فيما بينهم ففي وقاية دمشق مثلا كانوا يحجرون الحجاج في الزرقاء وهي محطة تبعد عن دمشق مسافة ثلاث مراحل فقط لكنه على الرغم من هذا الحجر كانت الهيضة تنتشر في دمشق بوصول الحجاج حاملي الجرثوم اليها .

ولقد افاد جداً في جائحـــة ١٩٠٧ في دمشق تطهير بردى بلبن الكلس قبل دخوله للبلد وكان لذلك اثره الحسن في مكافحة تلك الجائحة ·

٦ — الخلاصة :

ولا نرى لزوما في النهاية ، للبحث في المداواة ، للتحصن او الشفاء بما عرف من طرق اللقاح والمداواة المصلية الخاصة او من الامور القديمة جداً كالمسهلات المكررة او الكي في العقب او في الناحية الشرسوفيـــه الذي لم يزل جارياً في الحجاز · ومما يذكر بين المداواة القديمة التي لم تزل معتبرة حتى الان استعمال المصل الاصطناعي بمقادير كبيرة جداً اي (٦ — ٧) لترات يوميا لفائدتها في التعويض على البدن عمـا خسره من مائه بسبب الذرب الشديد والقياء المستمر تقريباً ·

واننا نكتفي بهذا ضنا منا بوقت الزملاء الكرام اذان الهيضة معلومة لديهم ولكننا احببنا لفت نظرهم الى بعض الاوصاف الموضعيـة الخاصة بمرض جوّاب عام كالهيضة الاسيوية ·

امراض المثانة

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كثيراً ما تكون آفات المثانة فوق طاقة الطبيب الممارس وما يضطر الى الارسال بمريضه الى الجراح او الاختصاصي بامراض جهاز البول

فالآفة الاولى التي تصادف هي :

I — جروح المثانة : التي تستدعي في اكثر الاحيان توسطاً جراحياً عاجلاً تحاشياً لارتشاح البول مع ما يتبعه من العراقيل كالتهاب الخلب الذي لا بد من اجتنابه وكالفلغمون الغائطي الذي يخشى شره متى لم يكن النزف غزيراً لانبثاق وعاء كبير فيستدعي التوسط السريع والا قضي على الجريح .

ويجب ان نميز :

١ً — الجروح الناجمة من عامل ثقب المثانة بعد ان اصاب الغلافات الخارجية .

٢ً — التمزق (rupture) الناجم من انفجار المثانة متى اثرت في الناحية الخثلية صدمة عنيفة وكانت المثانة متوسعة .

٣ً — الانشقاقات (déchirures) التي قد تعرقل كسور الحوض

٤ً — الانثقابات الناجمة من جسم غريب اثر في المثانة من الباطن الى الظاهر والحذر كل الحذر من حقن المثانة بسائل ما بغية ان نستوضح به ما اذا

كانت المثانة منثقبة · لان الاستقصاء الذي تشخص به الافـة هو القثترة التي لا تفرغ من المثانة الا بضعة سنتمترات من البول المدمم لان معظم البول ينفرغ في البطن او يرتشح في النسج المحيطة بالمثانة ·

ويستقر التمزق عادةً على وجه المثانة الخلفي فهو يقع اذن في جوف الخلب

ويقع الانشقاق غالباً على الوجه الامامي فهو اذن خارج الخلب ولا يرافقه تقفع عضلي · والتوسط الجراحي واجب ايضاً غير ان فتح البطن لا مندوحة عنه في التمزق اما في الانشقاق فان الشق الخثلي يكفي لمعرفة سعة الافات وخياطة المثانة او تحفيضها (drainage)او خزعها (cystostomie)حسبما تقتضيه الحالة

II -- التهابات المثانة : تبقى مدة من الزمن في دائرة الطبيب الممارس · فمتى كان المريض يبول كل ساعة او كل ربع ساعة مرة ليلاً نهاراً ومتى كان بوله عكراً ويتألم في نهاية البيلة (miction) قيل انه مصاب بالتهاب المثانة · وربما اعترته ايضاً بيلة دموية ·

لقد جرت العادة ان توصف التهابات المثانة الحادة والتهاباتها المزمنة فمثال على الالتهاب الحاد الالتهاب السيلاني او الالتهاب الناجم من القثترة اللذان يشفيان عفواً او اثر معالجة حسنة شفاء تاماً وسريعاً ·

وربما عقب الالتهاب المزمن التهاباً حاداً لم يعتن بمعالجته عناية كافية او انه يكون مزمناً منذ بدئه كما يحدث في المتضيقين والضخمة موثاتهم والمتعفنة كلاهم او المصابة بالحصى وسوى ذلك وربما كانت الالتهابات المزمنة اشد ألماً من الالتهابات الحادة فيجب ان يوجه الى كل نوع من هذه الالتهابات معالجة ملائمة شأنها :

١ً — تسكين الألم والبوال بالحمامات الحارة الشاملة او حمامات المقعد التي

تكرر متى قضت الحاجة وبالرفادات الرطبة الحارة على الخثل وبالحقن الشرجية المركبة من:

انتبرين	٢ — ٤ غم
لودنم سيدنهام	١٠ — ٢٠ قطرة
ماء حار	٦٠ غم

يحقن بها وتحفظ ما امكن · وبالفتائل المركبة من

خلاصة اللفاح	٠،٠٢ سنتغم
مورفين	٠،٠٢ «
زبدة الكاكاو	٤ غم

لفتيلة واحدة تستعمل منها فتيلة او فتيلتان ·

٢ً — كل مصاب بالتهاب المثانة يترتب عليه ان يثابر على الراحة التامة او بعض الراحة على الاقل في فراشه · وان يجتنب التعب والتنبهات التناسلية وان تقوّى صحته العامة وتسكن اعصابه متى كان عصبي المزاج ·

٣ً — توجه المعالجة الى تبديل البول ليعود اقل تخريشاً وذلك باعطاء المريض المشروبات المبولة القلوية (٥ — ٨ غم ثاني فحماة الصوده او مياه فيشي) متى كان البول حامضاً او باعادة البول حامضاً باعطاء الاوروتروبين (١ - ٢غم) متى كان البول قلوياً ولا سيما متى بدأت اعراض الالتهاب بالخفة

٤ً — ومتى هجعت الاعراض الحادة ، ويستند في هذا الى قياس سعة المثانة ، يبدأ بالمعالجة الموضعية اي بالغسل او بالتقطير ·

فمتى راق بول الغسل سريعاً وكانت السعة كافية غسلت المثانة

ومتى صعب غسل المثانة وازداد مضضها في سياق الغسل وظهرت بيلة الدم في نهاية البول وكانت السعة قليلة (٤٠ — ٥٠ سم٣ او اقل) استعمل التقطير

ويمكننا الاعتماد على الارقام الآتية :

متى كانت السعة دون ١٠٠ سم٣ استعمل التقطير

ومتى كانت من ١٠٠ — ٢٠٠ سم٣ جاز الغسل والتقطير .

ومتى كانت اكثر من ٣٠٠ استعمل الغسل ولا سيما متى كان توسع مثاني

الغسول : قواعدها : لا يجوز ان تتوتر المثانة في اثناء الغسل لان كل غسل يوءدي الى هذا الامر مضر .

ويجب ايضاً ان يبدأ بغسول خفيفة اجتناباً لاحداث الالام وتجرى الغسول بالزراقة او المحقنة المثانية .

الغسل بالزراقة : تجرى والمريض واقف او جالس . يدخل المسبار حتى المثانة ويطبق فم القنية الزيتوني او المستطيل على محارة المسبار ويفتح الصنبور فيدخل السائل المثانة غير ان هذه الغسول لا ترفق بالمثانة كالغسول بالمحقنة فيجب ان تجرى بترو لئلا تتوتر المثانة وان يكون ضغط السائل خفيفاً (اي ان يكون علو الزراقة من ٥٠ سم — متر) والاّ يدخل من السائل كل مرة اكثر من ١٠٠ — ٢٠٠ سم٣ .

الغسل بالمحقنة : (وافضل المحاقن محقنة جنتيل) يدفع بها كل مرة زهاء ٥٠ غراماً من السائل غير انه متى كان اسر ولا سيما توسع كان في ادخال مقدار اكبر من السائل كل مرة (زهاء ١٠٠ غرام) فائدة كبيرة ومتى كانت المثانة متنبهة انقصت الكمية الى ٣٥ — ٤٥ غم ويعتمد في تنظيم الغسول على سعة المثانة . ولكي يكون الغسل حسناً ولا سيما متى كان البول عكراً ومتعفناً يجب ان يدفع سائل جديد في المثانة قبل ان يكون قد انصب السائل كله الذي حقنت به اولاً .

واما الكمية التي تستعمل في غسل المثانة فهي ٣٠٠ — ٤٠٠ سم[٣] الا اذا كان تعفن شديد او كان قعر المثانة كبيراً جداً فتزاد كمية المحلول اكثر من ذلك

انتخاب المحاليل: المحاليل عديدة فهي تبتدىء بالماء المغلى الصرف وتنتهي بالمحاليل المضادة للتعفن القوية ولا سيما نتراة الفضة صديقة اغشية جهاز البول المخاطية المتعفنة واكثر المحاليل استعمالاً هي المصل الخلقي (الفسيولوجي) ٧ بالالف ومحلول حمض كيانوس الزئبق ١ — ٤٠٠٠ وفوق منغناة البوتاس ونتراة الفضة الالفي ومحلول دكان فمتى استعمل الماء المغلى الصرف وكان التقيح شديداً يعاد الغسل ٤ — ٥ مرات في اليوم. ومتى استعمل حمض كيانوس الزئبق اكتفي بمرتين يومياً او نتراة الفضة فبمرة واحدة في اليوم. وتشرك مع هذه الغسول الخارجية الغسول الداخلية بمياه افين وفيتل وبالمناقيع المبولة (diuretiques) والاوروتروبين او احد مشتقاته. ومتى كان التعفن قديما جداً وشديداً يترك في المثانة من المحلول المستعمل ٥٠ — ١٠٠ غم.

التقطيرات: معناها ان تحقن المثانة بمحاليل اكثف من المحاليل السابقة المستعملة بالغسل ويجب ان يستعمل لهذه الغاية مسبار عادي ومحقنة بونو (Bouneau) الكروية الرأس. غير ان كل محقنة زجاجية معقمة جائز استعمالها

يجب ان تفرغ المثانة اولا متى كان اسر وان يقطر العلاج فيها بعدئذ بالمسبار المفرغ نفسه والمحاليل المستعملة هي المحاليل الخفيفة التي اتينا على ذكرها في الغسل او الزيت الغومنولي بنسبة ٢٠ بالمائة (١٥ — ٢٥ غم) او البروترغول بنسبة ٥ بالمائة او نتراة الفضة واحد بالمائة.

فاذا كان المحلول خفيفا اعيد التقطير كل يوم

واذا كان المحلول متوسطا اعيد كل يومين

واذا كان قويا اعيد مرتين في الاسبوع ·

ومتى بدت آلام بعد الغسل او التقطير وصفت الحقن الشرجية او الفتائل المسكنة · ومتى نزف الاحليل او طرأت بيلة دموية شك في السل وقطعت النتراةوقطر الزيت الغومنولي · ومتى عاد السيلان الغونوكوكي الى الظهور قطعت التقطيرات واعيدت الغسول بفوق منغناة البوتاس ·

هذا هو الطرز الذي يجب اتباعه في الغسول والتقطيرات وقياس سعة المثانة امر واجب لانها تزداد بينا البول يخف ·

واذا استمر التهاب المثانة على الرغم من المعالجة واذا لم يبدُ السبب يجب ان يفتش عنه بمعاينة المثانة بالمرآة ·

وتستغنم الفرصة التي قضيت في معالجة الالتهاب لاجراء المعاينة النسيجية الجرثومية ومعايرة بولة الدم (azotémie) وتصوير الجهاز البولي جميعه بالاشعة

واذا لم تزدد السعة واذا لم تخف علامات تنبه المثانة خفة محسوسة فالانتظار غير جائز لان معاينة المثانة بالمرآة تعود واجبة وتجرى بعد التخدير القطني او التخدير العجزي (épidurale)

تظهر مرآة المثانة آفات منتشرة او موضعية ذات علاقة بآفة في الملحقات او حول المستقيم وتبين نوع الالتهاب المثاني احتقانياً او وذمياً او نابتاً (végetante) او قرحياً وغير ذلك

وتظهر سببه حصاة كان ام رتجاً متعفناً ام ورماً غدياً موثياً ام ورماً مثانياً مذنباً او مرتشحاً · واذا لم يظهر سبب موضعي يعلل لنا استمرار التهاب المثانة يجب

ان يفتش في الكلية عن السبب فرسم جهاز البول حينئذ يثبت او ينفي الحصاة المصحوبة بتعفن · ومتى لم تكن حصاة يجب ان ننظر الى امرين وهاسل الكلية واستسقاآتها القيحية (pyonéphroses)

فمتى كان سبب التهاب المثانة غير واضح وكان لا يشفى على الرغم من المعالجة الحسنة الموجهة اليه او متى نكس بعد الشفاء دعانا الى الشك في سل الكلية

ومتى استعملت الغسول والتقطيرات ولم يستفد المريض شيئاً كان على الطبيب الممارس ان يبعث بمريضه الى الاختصاصي او الى الجراح حسب سبب الالتهاب الذي يبدو له ·

ولكن ما في طاقة الاختصاصي صنعه علاوة على ما صنع ؟ انـه يحصل في معظم الحالات على نتائج باهرة في التهابات المثانة الوذمية والنابتة والقرحية باستعماله المجاري السريعة التواتر (haute fréquence) سواء اكان بتوجيه الشرر او بالتخثير الكهربي وذلك بطريق الاحليل · فعلى الطبيب الممارس اذن ان يعلم فائدة هذه المجاري اذا فاته معرفة طرز استعمالها ·

فتوجيه الشرر هو احد تطبيقات المجرى السريع التواتر عن بعد على العضو المرادة معالجته ·

والتخثير الكهربي : هو ايصال قطبي المجرى بالعضو المعالج واحداث خشكريشة فيه · فاستعمال هذه المجاري يستدعي: ١ً — جهازاً موافقاً للمجرى الكهربي في المدينة ومعداً لمعالجة امراض جهاز البول بالمجاري السريعة التواتر واكثر هذه الاجهزة استعمالاً هي اجهزة درابيه وهاتز بويه ·

٢ً — مسابر خاصة شبيهة بالمسابر الاحليلية في طرفها طبق معدني صغير

ويستطاع امرارها في مرآة المثانة المعدة للقثترة · تخرج الشرارة حـذاء ذلك الطبق المعدني الصغير والعين تراها ·

وتختلف الشدة والمدة بحسب اختلاف المجرى المستعمل وطبيعة الافة ·

والفترة بين جلستين هي في الغالب ١٥ يوماً او ثلاثة اسابيع او شهر حسب مدة الجلسة وشدتها · والتخدير ليس ضرورياً الا متى كانت الجلسة طويلة وشديدة لان المريض لا يشعر بشيء ما زالت الشرارات موجهة الى الافة نفسها (وآفات الحالب تستفيد ايضاً من تطبيقات المجاري السريعة التواتر كآفات المثانة)

وبعض التهابات المثانة المستعصية تستدعي آلامها الشديدة خزع المثانة ليستريح هذا العضو من عناء وظيفته ·

III — سل المثانة: كثير الحدوث غير انه في بعض الحالات تالٍ لسل الكلية ولا يشفى الا باستئصال الكلية المريضة ·

تتنوع معالجة سل المثانة متى تركنا جانبا استئصال الكلية حسب شدة الافات وسيرها · فتارة تتحسن الاعراض تحسنا سريعا بالمعالجة العامة · وطوراً تبقى اعراض التهاب المثانة شديدة فتستدعي اشراك المعالجة العامة · كالحقن بالزيت الغومنولي بنسبة عشرين بالمائة · واعطاء ملعقتي اوريزانين (urisanine) في اليوم عشرة ايام متوالية · ثم اعطاء حبتين في اليوم في كل منها ٠،٠٥ سنتغرامات زرقة المتيلن عشرة ايام اخرى وتقطير ٥ سم٣ من محلول زرقة المتيلن المفتر في حمام ماريا وهذا تركيبه ·

زرقة المتيلن	١	غم
مصل اصطناعي	١٠٠	«

ومتى كانت قروح او مرجلات او افات مرتشحة كان لتوجيه الشرر فوائد جزيلة . ومتى كانت المثانة لاتحتمل شيئا كانت نوسرة الكلية (nephrostomie) امراً متحتماً لا مندوحة عنه فتعود الكلية في مأمن من ان تلقح بالطريق الصاعد .

IV — اورام المثانة : متى ظهرت عفواً بيلة دموية بدون ألم وفي اخر البول او كان اشدها في اخر البول و كانت غزيرة شك في ورم المثانة مهما كانت سن المريض فمرآة المثانة وحدها في هذه الحالة تثبت وجود الورم وتبين طبيعته

فمتى كان الورم مذنبا عولج بالمجاري السريعة التواتر وبطريق الاحليل لانها خير ما يصنع . ومتى كان الورم جسيماً تخزع المثانة وتطبق الاشعة بعد الخزع

فمتى كان الورم مذنباً عولج بالمجاري السريعة التواتر و بطريق الاحليل لانها خير ما يصنع . ومتى كان الورم جسيماً تخزع المثانة وتطبق الاشعة بعد الخزع .

ومتى كان الورم لا ذنب له جرب الاستئصال الواسع غير ان النكس ممكن الحدوث فضلاً عن ان العملية الجراحية نفسها في مرضى طاعنين في السن مضعفين لا تخلو من الخطر . ولم يفد الراديوم والاشعة الكهربية الا فائدة موقتة . و يستحسن ان يشرك مع المجاري السريعة التواتر حقن الوريد ببرومور المازوثوريوم من المحلول المحتوي على ٢ ميكروغرام في كل سم٣ وتجري حقنة كل يومين مقدارها سنتمتران مكعبان و يثابر عليها مدة بدون اقل محذور ولا خشية من اقل عارض . والفوائد المجتناة من هذه الحقن تشجع الطبيب على استعمالها .

ومتى كان الورم مرتشحاً : لا يفيد فيه الاستئصال الجراحي ولا العوامل الطبيعية شيئاً . فتستعمل معالجة ملطفة و يحقن بالمازوثوريوم . ومتى كان

الورم قديمًا يفضل حذف المثانة التام بخزع الحالبين عند الحرقفة ،على خزع المثانة لئلا يمتد الورم الى الجرح ·

٧ — حصى المثانة : اعراضها المألوفة اشهر من ان تذكر : البوال وبيلة الدم والالم · المحدثة بكل ما من شأنه ان يحرك الحصاة في المثانة والتي تهجع على العكس بالراحة التي من شأنها تثبيت الحصاة ·

وقد يزاد على العلامات المتقدمة توقف غلوة البول فجأة في اثناء البيلة والاسر والسلس وسوى ذلك ·

ومظهر حصاة المثانة : الاخر الذي يمثل مشهد التهاب المثانة هو بيلة القيح فمتى ظهرت الحصاة به لم يكن للراحة ذلك التأثير المحسوس في تخفيف الاعراض السابقة : البوال وبيلة الدم والآلام بل انها تبقى بعد الراحة شديدة كما حين الحركة ·

والاستقصاء في المثانة بالمستقصية المعدنية وبمرآة المثانة وبالمس الشرجي او المهبل في بعض الاوقات وبالرسم الشعاعي كل هذا كافٍ للتشخيص ·

اما المعالجة : فهي التفتيت او استخراج الحصاة بعد الشق الختلي وهو اكثر استعمالا · ومتى كان المريض مصابا بحصاة الكلية وحصاة المثانة في آن واحد تستخرج حصاة الكلية اولا · ومتى كان المريض طاعنا في السن وبوله متعفنا ومدنفا وجب الامتناع عن اجراء اي عملية جراحية كانت ·

امراض الكلية

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يجب على الطبيب الممارس ان يقف على ما في حوزة الاختصاصي من الوسائط في تشخيص امراض الكلية ومعالجتها · وسأبتدئ بايراد هذه الوسائل ماراً مراً سريعاً بآفات الكلية الاكثر حدوثاً ·

يدعى الطبيب لمعاينة مريض مصاب بآفة كلوية لأنه يتألم او لانـه يبول دماً او قيحاً أو لان كليته كبيرة وكثيراً ما تشترك هـذه الآفات بعضها مع بعض أو لان المريض مصاب بالاابالة (anurie)

فالالم الكلوي او القولنج الكلوي يستدعي معالجة مقصودة متى كان شديداً او متى استمر على الرغم من المعالجة المألوفة · وهو يصادف ١ً — متى انحبس البول انحباساً حاداً في سياق استسقاآت الكلية المائية (hydronéphrose) والكليـة الهاجرة · ٢ً — في رمال الكلية والالم في هذه الحالة الم انحباس وتوسـع خلف العائق ·

وحقن المورفين ليس تكرارها خاليـاً من الخطر في هولاء المرضى الذين قل بولهم وضعفت كليهم ·· فهو لا يساعد الحصاة على الدخول في الحالب ولا يسرع تزلق حصاة قد دخلته ·

قثترة الحالب : تزيل الالم لانها تفرغ البول المنحبس وتساعـد الحصاة على

الخروج من المسالك الطبيعية · ويجوز اجراء هذه القثترة والمريض في بيتــه · ويستحسن ابقاء القاثاتير في الحالب ٤٨ ساعة وهو يحرك الحصاة ويزلقها بتوسيعه للحالب وبالزيت او الغلسرين الذي تحقن به هذه القناة ·

وقثترة الحالب مفيدة ايضا في الكلية الهاجرة لانها تفرغ الحويضة المتوسعة المؤلمة وكذلك القول في استسقاآت الكلية المائية ولا خطر منهـا متى روعيت فيها قواعد الطهارة مراعاة دقيقة ·

الالام والكلية الجسيمة : تتصف بها غالباً الاستسقاآت المائيــة وتارة يتغلب الالم في هذه الافةوطوراً الورم · فمتى كان الورم متغلباً يجب اولاً ان تشخص الكلية الجسيمة · فهي ورم املس متحرك حدوده منتظمةملامس للقطن واضح متى قرع في الامام وفيه نقاط مؤلمة ثم يشخص استسقاء الكليــة فيكبر الورم فجأة او يبطئ ثم ينقص وتزداد كميــة البول المفرز في اليوم الذي يلي النقص زيادة كبيرة ·

وهذا هو مشهد استسقاء الكلية المائي المتقطع · ومتى تغلب الالم وتشعــع الى المعدة او الامعاء كان الخطأ ممكناً وكان لا بـد من التروي في التفتيش عن الاستسقاء · لان الكلية لا يكبر حجمها الا قليلاً · فقثترة الحالبين تبين ان هناك انحباساً في الحويضة · ومعاينة الحويضة بالاشعة وتصويرهــا يحققان ما اذا كان الاستسقــاء جزئياً او تاماً ويظهران تزويات الحالب وارتكازه في العالي او الاسفل ·

معالجة الاستسقاء : متى كان جسيماً كان استئصــال الكليــة مفضلاً على العمليات الجراحية الاخرى هذا اذا كان الاستسقـاء في جانب واحد وكانت

الكلية الثانية كافية للقيام بالوظيفة ومتى كان الاستسقاء صغيراً : اجريت المعالجة الدوائية التي قد تفيد بالادوية المضادة للتشنج والاتروبين وسوى ذلك · واذا خابت جرب تحرير الحويضة والحالب وقطع ذنب غير طبيعي والخ ·

معالجة الكلية الهاجرة : التوسط الجراحي ممنوع متى رافق هبوط الكلية هبوط عام في الاحشاء (المعدة والامعاء والكبد) لان لبس الزنار كاف لتخفيف الاعراض · ومتى كانت الكلية وحدها هابطة واظهر رسم الحويضة بالاشعة انها متوسعة وان في الحالب تزوياً يسهل اصلاحه جرب تثبيت الكلية العلوي بالمحفظة (nephropexie haute)ومتى كانت الحويضة تفرغ محتوياتها فوراً في الاوقات المعينة غير ان نوب استسقاء متقطعة تطرأ عليها كان تثبيت الكلية بلا جدوى ·

ومتى كانت نوب القولنجات شديدة للغاية مع بيلة قيح ودم فكر الطبيب في الرمل · فرسم جهاز البول جميعه بالاشعة يثبت التشخيص حينئذ و يبين مقر الحصاة افي الكلية ام في الحالب · هذا ما يقال في الكليتين المؤلمتين فلنر الان الكليتين النازفتين ·

ان الاسباب الثلاثة الاساسية في نزف الكلية هي : الرمل والسل والسرطان ·

الرمل : يشخص باستقراء سوابق المريض والالام المستمرة (احتقان) او نوب الالام (انحباس البول في الحويضةوتحرك الحصاة) المرافقة لبيلة الدموالمحدثة بالاسباب نفسها ، وبالنقاط المؤلمة المألوفة والرسم الشعاعي ويكون البول فى فترات البيلات الدموية صافياً او عكراً او قيحياً · فكل حصاة في الكلية يجب

ان تستخرج الا في بعض الحالات التي تستدعي الامتناع عن التوسط الجراحي : كالحصى الكبيرة المرجانية الشكل الواقعة في الجانبين وكالرمل في كليتين متعفنتين وفي السامنين والطاعنين في السن ·

خزع الحويضة : (pyélotomie) هو العملية المنتخبة ·

خزع الكلية : حسن في الحصى الجسيمة الثابتة في الكوءوس او متى لم يكن استخراج الكلية ممكنا لالتصاقها بسبب التهاب محيطها ·

استئصال الكلية : قلما يلجأ اليه إلا متى كانت الكلية مخربة تخريباً تاماً اومتى كانت ملحمتها (بارنشيمها) مرصعة بتقيحات دخنية ·

السرطان : كل مريض تجاوز الخمسين وتعتريه بيلات دموية متقطعة عفواً وبدون الم ولم تبدِ معاينة مثانته بالمرآة ان فيها ما يعلل هذا النزف ولم يبدِ الرسم بالاشعة ان في كليته حصاة يشك في اصابته بالسرطان ·

ويتضح التشخيص متى كانت الكلية كبيرة صلبة غير منتظمة وكان في الصفن ولا سيما في جهته اليمنى دوالٍ سريعة النمو ·

غير ان السرطان متى بلغ هذا الحد عجزت الجراحة عنه فيجب ان يشخص باكراً بمعاينة الحويضة وتصويرها بالاشعة · لان هاتين الطريقتين تبديان قبل ان يظهر الورم والدوالي تبدلاتٍ مهمة في الحويضة متى قوبلت صورتها بصورة الحويضات السالمة · واذا بقي الشك يخزع القطن للاستقصاء ·

السل : يبتدىء احياناً بالتهاب مثاني عفوي ثابت لا توءثر فيه المعالجة وهذا ما يدعو الى بقاء الافة الكلوية مستترة في كثير من الاوقات حتى ان بعض المرضى يتألمون ويموتون وتشخيصهم التهاب المثانة · والام القطن الشديدة نادرة

في سل الكلية لان الافةالكلوية تستتر وراء الاعراض المثانية ٠

وجسامة الكلية نادرة ايضاً ٠ غير ان بعض انواع سل الكلية تبدأ ببيلات دموية تتقدم الاعراض الاخرى وما هي الا نفث دم كلوي وربما كانت هذه البيلات الدموية غزيرة جداً وهي تأتي عفواً وتستعصي وقد تكون موءلمة متى مرت الخثر الدموية الطويلة في الحالب وقلما يصفو البول صفاء تاماً في فترات النزف ٠ يشخص المرض بالمعاينة الجرثومية والتلقيح ومرآة المثانة وقثترة الحالب ونقص تكثيف البولة في الجهة المريضة ٠

واذا ترك سل الكلية وشأنه ساق صاحبه في الغالب الى الموت بانتشاره الى الكلية الثانية وباحداثه الابالة او تسمم الدم بالبولة او بانتشاره الى الاعضاء الاخرى ٠

استئصال الكلية : هو العملية المختارة متى ثبت بالاختبارات المتنوعة ان الكلية الاخرى قادرة على القيام بوظيفتها ٠ ومتى لم يكن السل قد انتشر الى نقطة ثانية من البنية وكان لا سبيل الى قلعه منها ٠ وتتحسن غالباً بعد استئصال الكلية حالة المثانة والكلية الثانية والصحة العامة ٠

نوسرة الكلية : (nephrostomie) هي عملية اضطرارية متى كان استسقاء كلوي قيحي سلي ترافقه حمى ٠ ومتى شك في حالة الكلية الثانية وقدرتها على القيام جيداً بوظيفتها ٠ غير ان الخزع ربما يوءدي الى تحسين حالة الكلية الثانية فيغتنم الجراح الفرصة لاستئصال الكلية المريضة التي خزعها اولا ٠

ومتى كان سل الكلية في الجانبين جاز استئصال الكلية المصابة اصابة شديدة متى كانت الكلية الثانية لم تصب الا اصابة خفيفة ٠

ومتى كان استئصال الكلية مستحيلا يكتفى بالمعالجة الدوائية : المعيشة في الهواء الطلق ،الراحة ،الحقن بالانتجن (antigène) وسوى ذلك .

وباعطاء حبتين من زرقة المتيلن في كل منها خمسة سنتغرامات مدة عشرة ايام متوالية ثم باعطاء ملعقتين قهوة اوريزانين (urisanine) في اليوم عشرة ايام اخرى . وتقوى الحالة العامة بالاشعة فوق البنفسجي الموجهة الى ناحية القطن واذا كانت آلام المثانة شديدة لا تطاق حول مجرى البول عنها بوصل الحالبين بالجلد او بمفاغرتهما بالامعاء .

وربما حدثت بيلات الدم ايضاً في ما عدا الاسباب الثلاثة التي ذكرناها في سياق التهابات الحويضة والكلية (pyélonéphrites) الناجمة من عصيات الكولون او المكورات العقدية (ستربتو كوك) او المكورات العنقودية (ستافيلو كوك) فتسهل حينئذ نسبتها الى المرض المسبب ولا تختلف معالجتها عن معالجة التهاب الحويضة والكلية التي يزاد عليها اذا مست الحاجة بعض الادوية القاطعة للنزف .

التهاب الكلية النزفي : تتصف هذه الافة التي لا يعرف سببها بعرض وحيد وهو بيلات دم كلوية عفوية غير موءلمة وبدون خثر مستعصية لا تنجع فيها الراحة وقد تهدد بغزارتها حياة المريض واذا اجريت جميع التحريات الممكنة لكشف السبب كانت سلبية غير ان تخثر الدم وحده يكون متأخراً .

معالجتها في البدء دوائية بالادوية القاطعة للنزف الشديدة الفعل: كلورور الكلسيوم ، اموستيل ، مصل هلامي والخ . واذا لم ينقطع النزف كان لا مندوحة عن التوسط الجراحي . وخير ما يصنع اليوم هو استخراج الكلية من

محفظتها (décapsulation)

رضوض الكلية وجروحها : تنزف الكلية ايضاً متى رضت او جرحت فيستحسن في الساعات الاولى الانتظار واجراء المعالجة الدوائية : راحة مطلقة ، معالجة الصدمة البدئية مراقبة المريض كل ساعة مراقبة مبنية على هذه الاعراض الثلاثة : الورم الدموي ، بيلة الدم ، الاعراض العامة ·

فاذا كان الرض خفيفاً نقصت بيلة الدم وزالت بعد بضعة ايام وبقي الورم الدموي ثابتاً دون زيادة ، وخفت الاعراض العامة خفة تدريجية واكتفي بالمعالجة الدوائية الراحة والادوية القاطعة للنزف ومحفظة الثلج على الخاصرة ومضادات التعفن البولية · ومدة هذا الشكل اسبوعان الى ثلاثة اسابيع ·

واذا كان الرض شديداً زادت بيلة الدم وعادت الصدمة الى الظهور وصغر النبض وازداد الورم الدموي ، فكل هذا يعيد التوسط الجراحي لا مندوحة عنه ويكتفى حينئذٍ باصغر توسط ويصنع الجهد لابقاء الكلية المرضوضة غير انه متى كانت الكلية متفجرة ومنسحقة كان لا بد من استئصالها ويجوز ان يستأصل جزء من الكلية متى كان التمزق منحصراً في أحد قطبيها ·

هذه هي القواعد التي يسترشد بها الطبيب في الكلى النازفة فلنتكلم الان عن الكلى المتعفنة ·

التهابات الحويضة والكلية الخفيفة الحدة : هذه الالتهابات غير السلية التي تصيب الحويضة والكؤوس كثيرة الحدوث في الممارسة وهي اكثر في المرأة منها في الرجل وتشابه في كثير من اعراضها سل الكلية · وتتغلب فيها اعراض التهاب المثانة لان آفة الكلية تسير سيراً خفياً · وتصعب في الغالب معرفة بدئها وكثيراً

ما تكون ذات ارتباط بالحمل . والكليتان فيهما ليستا جسيمتين والنقاط المؤلمة الكلوية والحالبية واضحة وكثيراً ما ترافقها تشوشات معوية (عرض هاتز بويه المعوي الكلوي) . وربما ابدت المعاينة آثار افات قديمة او افات حديثة في الجلد (جمرة حميدة ، دمل ، التهاب جلد متقيح) او تنخراً في السن او التهاباً مزمناً في اللوزتين او التهاباً خفيف الحدة في الملحقات يعلل ظهور هذه التشوشات المستترة .

ولا بد في التشخيص من اجتناب خطأين : ١ً — تشخيص التهاب مثاني بسيط ٢ً — اهمال سل او رمل كلوي متعفن فيجب في هذه الحالة معاينة المثانة بالمرآة والاستقصاء في وظيفة الكلية . وتحري تكثيف البولة مع مقايسة احد الجانبين بالاخر ينفي السل ويثبت التهاب الحويضة والكلية ، لان قوة التكثيف في الكلية المتعفنة لا تنقص بل كثيراً ما تكون اشد مما هي عليه في الكلية السليمة .

ومتى نفي السل بينت قثترة الحالبين ان الآفة في كلية واحدة او في الكليتين معاً واظهر فحص البول الجرثومي :

العامل المرضي : عصيات الكولون او عصيات المعى او المكورات العقدية او العنقودية . وكثيراً ما تشترك عدة جراثيم معاً .

فاذا كان التهاب الكلية والحويضة مع توسع خفيف كان لغسول الحويضة بعض المنافع : غسل واحد كل ثمانية ايام . غير ان هذه الغسول لا تجدي نفعاً متى كان رمل وتعفن او استسقاء كلية قيحي . ويظهر ان للطرق الحيوية تعني بها الاستلقاح (vaccinothérapie) مستقبلا باسما .

يميل الجراحون الى التلقيح الموضعي حسب طريقة بسردكا ولعلهم يقطرون

في الحويضة اللقاحات المرقية (boillons vaccins) كالاميونزول غرامي (Immunizols Gremey) في الاشكال الحديثة واللقاحات المرقية الذاتية في الاشكال الطويلة السير ٠

اما حقن تحت الجلد باللقاحات الذاتية او المجهزة فلم تفد في الاشكال الطويلة السير الخفيفة الحدة الناجمة من عصية الكولون لان هذه العصية بعد ان تجتاز الحاجز الكلوي تعود في مأمن من الاضداد (anticorps) « فانسن Vincent »

وقد جنيت بعض الفوائد الحسنة من شرب لقاح عصية الكولون الذاتي او انتروكوكسن تيارسلان (entérococcin Thiercelin) « فلاندرن Flandrin » ٠

التهابات الكلية والحويضة الحادة : (حمى ، الم ، ازدياد حجم الكلية ، بيلة قيحية » يجب في هذه الحالة ان يسرع : ١ — الى مكافحة تسمم الدم ٢ — الى اكثار البول ٣ — الى تقوية الحالة العامة ٠ وذلك بالحمامات الشاملة الفاترة ، وحقن الوريد بالاوروفورمين « ٢٥ ، ١ في اليوم » الا متى كانت بيلة دم واستحضار لقاح ذاتي متعدد القوى في كل سم[٣] منه مليار جرثوم وحقن تحت الجلد كل يومين او ثلاثة ايام بمقادير تزاد زيادة تدريجية :

$\frac{١}{٤}$ ، $\frac{١}{٣}$ ، $\frac{١}{٢}$ ، ١ ، ١ $\frac{١}{٢}$ ، ١ $\frac{١}{٢}$ ، ٢ ، ٢ ، ٣ سم[٣] « فلاندرن Flandrin »

ويقطر في الشرج من المصل الغليكوزي قطرة قطرة نحو من لتر ونصف اللتر في اليوم

وتعطى ثلاث ملاعق صغيره اورازنين او اوراسبتين في اليوم ٠

ويحقن المريض بالزيت المكوفر والسبارتين ليقوى قلبه ٠

اما النظام الغذائي فيتألف من الشاي الخفيف والمناقيع الحارة ومرق الخضر ومعقدات الاثمار ·

معالجة البوءرة المرضية : اذا كانت عصية الكولون السبب يجب افراغ الامعاء وتناول المرشح المضاد لعصية الكولون ·

واذا كانت المكورات العنقودية السبب تعالج الافات الجلدية او كانت المكورات العقدية عولجت تعفنات الحفرتين الانفيتين والفم واللوزتين والبلعوم ·

واذا لم يسر المريض سيراً سريعاً وينتهي نهاية وخيمة وعادت الكلية اشد جسامة وألمًا وتقفعت العضلات تقفعاً متمادياً وجبت قثترة الحالبين الاستقصائية في بيت المريض فاذا ما خرج صديد ترك القاثاتير في الحالب ٤٨ ساعة وقطر في الحويضة ثلاث مرات في اليوم من محلول نتراة الفضة المئوي بعد غسلها بالمصل الاصطناعي الفاتر ·

واذا لم يكن انحباس اتجهت الافكار الى حصاة متعفنة فوجب الرسم الشعاعي او الى تقيح في الملحمة (برنشيم) يستدعي نوسرة الكلية (nephrostomie) او بخزعها (nephrotomie) ·

التهاب الكلية والحويضة في الحمل : يظهر في الشهر الرابع او الخامس وسببه عصيات الكولون ومعالجته العامة كمعالجة الانواع الاخرى وشفاوءه يتم بعد قليل · ولكن اذا ازدادت الاعراض العامة وظهر تعجن عميق في الناحية القطنية كان لا بد من التوسط فاول الامور قثترة الحالب اذا كان انحباس على نسق ما رأينا في الالتهاب الحاد (تقطير اللقاح المرقي) واذا لم يكن انحباس يخشى من

تقيح الكلية او ما حولها فيشق القطن و يخفض او تنوسر الكليـة. او تستأصل حسبما تكون الحالة ·

واذا كانت الافة في الجانبين وجب اجراء التوسط التناسلي ·

فمتى كانت الكلية كبيرة مع بيلة قيحية واعراض عامـة كان من ذلك علامة استسقاء الكلية الصديدي · واذا سد هذا الاستسقـاء علت الحرارة واشتدت الالام وراقت الابوال ثم متى انفرغ بول غزير صديدي سقطت الحرارة، وخف مضض الناحية ·

ومتى لم تفد المعالجة الدوائية لاتجوز اضاعة الوقت بقثترة الحالب بغية المعالجة لان المسبار الثابت وغسل الحويضة لا يفيدان والمعالجة المنتخبة هي نوسرة الكلية التي يعقبها في الغالب استئصال الكلية ·

الفلغمونات حول الكلية : تصعب معرفتها في البدء (تعجن ثابت عميق في الحفرة القطنية ، انعطاف الفخذ لتنبه ابي سواس ، ابوال صافية ، مثانة سليمـة ، قثترة الحالب تنفي تعفن الحويضة) وتعالج اولاً بالضمادات الحارة المتكررة والاستلقاح (vaccinothérapie) (بروبيدون دالبه propidon de Delbet) واذا لم تتحسن الحالة العامة ولا الموضعيـة لا يجوز الانتظار ريثما يعود التموج واضحاً بل يجب خزع القطن وفتح المجمع وفك اللجم التي تفصل الفلغمون عدة اقسام بالاصبع والتحفيض (drainage) بدون خياطة ·

و يلتبس التشخيص باورام الكلية الصلبـة والسائلة (السرطان السل استسقاآت الكلية المائية او القيحية ، الكلية المتعددة الاكياس كيس الكلية المائي) والحذر من البزل الاستقصائي لان خزع القطن الاستقصائي خير منه متى

تعذرت قثترة الحالب ·

ففي السرطان (بيلة دموية ، ألم ، دوالي صفن ، ورم) ليست المعالجة سوى جراحية غير ان العملية التي تستدعي استئصال الكلية والكظر ومحفظة الكلية الشحمية والذنب والعقد البلغمية جميعها عملية خطرة ·

وفي الاستسقاء المائي ازالة السبب واجبة: شريان شاذ ، تحرك الكلية ومعالجة هذا الاستسقاء ملطفة او شافية نعني بها استئصال الكلية ·

والكلية المتعددة آفة تقع في الجانبين دائماً منشأها ولادي ولا سبيل الى معالجتها الا بمعالجة التهاب الكلية المزمن المرافق لها ·

واخيراً في بعض حالات الابالة (anurie) متى لم تكن الابالة موقتة وفي سياق مرض لا يجوز ان نضيع الوقت بالمعالجة الدوائية : لان قثترة الحالبين وغسل الحويضتين وتوسيعهما يجب ان تزاد على الوسائط الدوائية الاخرى ·

ومتى كان الحالبان مضغوطين وجبت نوسرة الكلية · ومتى كان سبب الابالة حصوياً وجبت قثترة الحالب فاذا لم يتوصل المسبار الى تجاوز العائق تجب نوسرة الكلية ·

فما بين المعالجة الدوائية القديمة والتوسط الجراحي قامت اذن واسطة في التشخيص والمداواة وهي قثترة الحالب · فقد كشفها في فرنسة سنة ١٨٩٧ البرن اذ كان مرشحاً للاستاذية عند غيون وطبيبه الداخلي امبر وهو اليوم مدير مدرسة الطب في مرسيلية فهذه القثترة التي مكنت الاطباء من تحري وظائف كل كلية على حدة تنجي كل يوم من مخالب الموت عدداً عديداً من بني الانسان فبفضلها قد عرفنا ما اذا كنا نتمكن من استئصال كلية مسرطنة او متقيحة او

محصاة دون خوف من وقوف الكلية الثانية عن وظيفتها · فهي تمكن الجراحين اليوم من درء الموت عن كثير من المصابين بسل الكلية باستئصال هذا العضو المريض الذي لم يكن استئصاله ممكناً قبلاً لجهلهم حالة الكلية الثانية وهي التي تمكنهم من شفاء الكلى المتعفنة بحقن الحويضة نفسها باللقاحات او بالادوية المبدلة الاخرى · وهي التي تضع للقولنجات الكلوية الشديدة حداً بتحريكها للحصاة التي تسد الحالب فتنقذف الحصاة متى لم تكن كبيرة بعد الحقن بالزيت او الغليسرين المعقم · وهي التي تنهي بعض نوب الابالة التي تهدد حياة المريض بالموت وهي التي تشفي نواسير الكلية التي كانت تستدعي قبلاً استئصال الكلية وهي التي تمكنا بعد حقن الحويضة بمادة ظليلة ان نقرأ في الكلية بالاشعة المجهولة كما في كلية مفتوحة · وكل هذا دون ان نعرض المريض لاقل خطر ·

العنّينون (Les impuissants)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يقف الطبيب الممارس كما يقف الاختصاصي مكتوفي الايدي غالباً تجاه اشخاص مصابين بالعنانة دون ان يتمكنا من ان يمدا اليهم يد المساعدة واسباب العنانة كثيرة غير انني اورد منها :

أ — العنانة الناجمة من امراض الجهاز العصبي العضوية (كالسهام « tabès » والفالج العام) وهي تكاد تستدعي دائماً معالجة شديدة مضادة للزهري ·

ب — العنانة الناجمة من التواجن العصبية (nevroses) كالهرع « hystérie » والخور « neurasthénie » والخور النفسي « psychasténie » وهي تستدعي معالجة عصبية ويعود امرها الى الاختصاصي بالامراض العصبية والنفسية ·

ج — العنانة الناجمة من الاغراق في العمل العقلي في اشخاص يتفرغون تفرغاً تاماً الى اعمالهم فتخمد فيهم القوى الاخرى ·

د — العنانة المتعلقة بامراض التغذية (كالحرض « arthritisme » والداء السكري والبيلة الآحينية) وتعود معالجتها الى معالجة المرض المسبب

ه — واذا مررنا بالافات السابقة بقيت امامنا فئة من العنانات متعلقة بالافات التناسلية البولية · نعني بها الفئة الناجمة من اسباب موضعية وهي تشفى متى وجهت اليها معالجة موضعية حسنة ملائمة · كالعنانة الناجمة من التهابات الاحليل المزمنة وتضيقاته ولا سيما آفات الاحليل الخلفي والارتفاع الجبلي

والموثـة (بروستاة) والجهاز المنوي (الحويصلين المنويين والبربخين) فيترتب اذن على الطبيب متى اتاه عنين مستشفياً ان يعاين جهازي البول والتناسل معاينة تامة وان يدقق تدقيقاً بالغاً اقصى حده في تحري الاسباب · فيفتش عما اذا كان في سوابق المريض سيلان ام لا ·

أ — فاذا كانت سوابق سيلانية : ترتب عليه قبل كل شيء ان يعالج التهاب الاحليل ويوسع التضيقات ويغسل الاحليل ويجري الاستلقاح الذاتي التدريجي اذا رأى ذلك ضرورياً

ومتى زال التعفن يعاين الاحليل الخلفي بالمرآة بقصد الاستقصاء · وكثيراً ما ترى افات في الاحليل الخلفي والمثانة غير انها قلما تكون السبب في العنانة واما آفات الارتفاع الجبلي فلها شأن كبير في التشوشات التناسلية ·

فتكافح آفات الاحليل الخلفي والمثانة بالمجارى السريعـة التواتر (haute fréquence) التي تاتي بفوائد جليلة وقد جئنا على ذكرها حين الكلام عن امراض المثانة (الورم الحليمي ، السل ، السرطان) وهي تستعمل ايضاً في بعض افـات الاعضاء التناسلية الخارجية فان الناميات (végétations) والاورام الحليمية تزول بها زوالاً اكيداً وهي تفوق الوسائط الاخرى كافة المستعملة في معالجتها · فان لويس يعالج اورام الموثة الغدية بهذه الطريقة ويصنع بها ثقب (forage) الموثة متى لم تكن هذه الاورام جسيمة ·

وامـا التهاب الارتفاع الجبلي الخفيف السطحي فيناسبه توجيـه الشرر (étincelage) بروية الى سطحه وجلسة واحدة تكفي في الغالب ·

اما المرجلات (بوليب) والافات المتشعبة تشعباً شديداً فتعـالج بالتخثير

الكهربي (électrocoagulation) وليس التخدير ضرورياً .

ومتى شفيت هذه الافات زالت العنانة معها في الغالب . على ان تعالج في الوقت نفسه افات الموثة الكثيرة الحدوث بالتمسيد والحمامات الحارة وسوى ذلك .

٢ً — واذا لم تكن سوابق سيلانية : فقد تكون التهابات احليل ناجمة من البيلة الفوسفاتية او الحماضية او من المرجلات التي تزول متى وجهت اليها شرارات الجريان السريع التواتر .

و — ومن العنانات ما ينشأ من فقدان الخصية الولادي او المكتسب او من اختفاء الخصية (cryptorchidie) في الجانب الواحد او الجانبين معاً او من الخور التناسلي الباكر الناجم ايضاً من قصور الغدد ذات الافراغ الداخلي . فجميع هذه الاختلالات تعالج وتتحسن بخلاصات الغدد المفرغة افراغاً داخلياً ولا سيما بالتطعيم الخصوي حسب طريقة فورونوف لانه افضل طريقة في تطبيق هذه المعالجة

وصفوة القول ان الواسطتين السابقتين اللتين ذكرناهما نعني بهما الجريان السريع التواتر (توجيه الشرر والتخثير الكهربي) والتطعيم الخصوي كافيتان لشفاء اكثر من نصف حوادث العنانة التناسلية .

اما الان وقد انهينا الابحاث التي يجب على الطبيب الممارس ان يعرفها فلا بد لنا قبل انهاء الكلام من ذكر بعض القواعد الاساسية المرشدة الى التشخيص وحسن المعالجة التي سنها مريون لانها تتضمن خلاصة ما قيل حتى الآن

١ً — توصلاً الى تشخيص احدى الافات يعتمد على عرض طبيعي (physique) متى كان ذلك العرض (كبيلة القيح او بيلة الدم او سوى ذلك) اكثر من الاعتماد على تشوش وظيفي (كالالم والبوال «pollakiurie») والخ .

٢ً — وقوف الالة المستقصية في ناحية الاحليل البصلية (اي متى شعر بطرف المستقصية الواقفة في العجان) يستدعي الاختبار بالبانيكية وليس استعمال مسبار او شمعة ادق من المسبار المستقصي به ٠

٣ً — متى اعترت مريضاً مصاباً بضخامة الموثة بيلة دموية لا تجوز نسبتها الى هذه العلة ما لم يستقص في سائر الجهاز وتنف الاسباب الاخرى المحدثة لبيلة الدم ٠

٤ً — كل مصاب بتوسع المثانة المزمن الناجم من ضخامة الموثة لا تجوز قثترته في الغالب بل يجب خزع مثانته وذلك بعد ان يثبت ان اسره لا ينجم من سبب آخر كتضيق الاحليل الذي يستدعي خزع هذه القناة ٠

٥ً — كل التهاب مثانة عفوي او التهاب مثانة يعصي المعالجات العادية او التهاب مثانة ناكس هو في الغالب سلي الطبيعة ٠

٦ً — كل التهاب مثانة متى استثنينا الالتهاب السيلاني يستدعي معاينة المثانة بالمرآة ولا سيما متى عصي المعالجة ٠

٧ً — يجب ان يستقصى في المثانة استقصاء تاما قبل قثترة الحالبين ٠

٨ً — كل بيلة دموية تستدعي الاستقصاء السريع في جهاز البول ٠

٩ً — كل بيلة قيحية لم تثبت طبيعتها السلية تستدعي رسم الكلية الشعاعي ٠

١٠ً —متى ثبتت حصى الكلية او شك فيها يجب ان يرسم جهاز البول جميعه ٠

١١ً - استعمال اللقاحات ستار يستر به الطبيب جهلهُ متى لم يتوصل الى تشخيص الافة ٠

فيجب اولاً تعيين التشخيص ومتى لم تكن طريقة انجع من اللقاحات او متى كان استعمالها مشاراً به حقيقة يلجأ حينئذ الى استعمالها ٠

تصنيف قنوات الجذور (١)

مترجمة بقلم الحكيم

نجاة ابرهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحتها — دمشق

لا ننكر ما لدرس تشريح قنوات الجذور من الاهمية في فن المداواة كيف لا وقد ثبت انه الاس الذي يبني عليه طبيب الاسنان مستقبل نجاحه . ولما كانت القنوات يختلف شكلها باختلاف شكل جذورها من حيث السعة والحجم والتكون وتعدد الاشكال والانواع البسيط منها والمتشعب والملتصق منها والشبكي وجدت من المناسب ذكر تصنيف قنوات الجذور ملفتاً لها نظر طبيب الاسنان للاستقصاء في ما خفي منها عليه واظهار نوعها من التصنيف كي يكون حشوه لها حشواً اكيداً يأمن به شر العاقبة .

التصنيف : (Classification)

تصنيف قنوات الجذور بحسب علاقتها الكونية بالجذور كما يلي :

١ — القناة البسيطة : (simple canal) : هي التي تمر منفردة في جذر بسيط متوافقة السير مع اتجاهه وتصادف هذه في الاسنان ذات الجذر الواحد كالقواطع العليا مثلاً ، على انه قد يصادف بينها من ذوات الانفصال الذرّي والفروع الخارجية للقناة .

---

(١) او كيوميورا Okumura (J. A. D. A.)

ب — القناة المتشعبة (furcate canal) : هي التي تتشعب شعبتين او اكثر في الجذر كما في جذر الضاحكةالعلوية عند ما يتشعب وتتبعه قناته بالتشعب . وهذا التشعب إما ان يحدث في نقطة اعلى من منتصف طول الجـذر فيسمى (بالتشعب العلوي) او يحدث في نقطة اخفض من منتصف طول الجـذر فيدعى (بالتشعب السفلي). واذا تشعبت القناة على طول الجـذر بكامله من الداخل وفتحت ثقباً او منفذاً لها منفصلاً عن الثقب القمي للقناة الاصلية يدعى (التشعب التام) واذا تشعبت القناة مرة في الجـذر واختلطت اخرى وتكرر ذلك وفتحت اثقاباً لها يدعى (بالتشعب الناقص او غير التام)

ج — القناة المختلطة (fused canal) : ويقال لها ايضاً (القناة الملتصقة) وهي التي تلتصق بقناة اخرى بحسب التصاق الجذور بعضها ببعض وتدعى بحسب درجة التصاقها (بالقنوات الملتصقة كلياً او جزئياً او ذرياً) .

د — القناة الشبكية (reticular canal): هي التي تتوازى مع اكثر من ثلاث قنوات في جذر وتتحد بفروع القناة الداخلية (Intercanal branches) وقـد تظهر اما في جذور بسيطة او جذور متشعبة جزئياً او جذور ملتصقة . ولدى متابعة كل شكل او نوع من القنوات تظهر الاشكال الآتية :

أ — الانفصال الذري (apical separation) : تحدث من تشعب القناةالاصلية قبل الوصول الى ثقبها القمي شعبتان او اكثر بالقطر عينه او بما يقاربه .

ب — الفرع الخارجي للقناة : ينشأ هذا الفرع من القناة الاصلية بزاوية ثابتة يخترق طبقات العاج والملاط ويظهر على سطح الجذر الخارجي .

ج — الفرع الداخلي للقناة : يعترض العاج هذا الفرع الداخلي للقناة ويشتبك

بالقنوات المتشعبة او القنوات البسيطة في جذر ملتصق ·

د — الفرع الراجع (recurent branch) : ينشأ هذا الفرع من القناة الأصلية وبعد اختراقه للعاج يعود الى القناة ثانية وهو اقل وقوعاً من فرعي (ت.وج) ·

هـ — الطية الملطخة (spot reeuf) : هي عبارة عن قطعة من السن توجد في حجرة اللب وتظهر كبقعة بيضاء في المثال الواضح وبتوسيعها تتشعب القناة تشعباً غير تام ·

احصاء تقريبي لقنوات الأسنان

درس الدكتور (اوكوميورا) عدداً من الاسنان في امثلة عديدة وبيّن نسبة نوع قنواتها باحصاء تقريبي مبتدئاً باسنان الفك العلوي فالسفلي كما يلي :

قنوات القواطع العليا : ان قنوات القواطع العليا تكون دائماً مفردة بسيطة ، فلدى فحص ٣٧٢ سناً وجد منها ١٧،٧ في المائة قنوات ذات انفصال ذري و٢٨،١ في المائة قنوات ذات فروع خارجية ·

قنوات الضواحك الاولى العليا : تشبه هيئة جذرها ولها قنوات مفردة بسيطة وقنوات متشعبة · فلدى فحص ٣١٢ ضاحكة علوية كانت منها حادثة واحدة مفردة ذات قناة شبكية و٢٤،٣ في المائة قنوات ذات انفصال ذري و٢٩،١ في المائة ذات فروع خارجية · ففي الضواحك الأولى العليا وُجد ٧٢ جذراً بسيطاً من ٨٥ ذات قنوات متشعبة والقسم الاعظم تشعب علوي غير تام وعقبه تشعب علوي تام · ووجد في جميع الجذور التي لها قنوات متشعبة تشعباً علوياً تاماً بقنواتها ما عدا حادثة مفردة كانت القناة بها بسيطة ·

قنوات الضواحك الثانية العليا : قد تكون واحدة يسهل الوصول اليها في المعالجة وقد تكون متشعبة . فلدى فحص ٤٨ ضاحكة ثانية علوية من ذوات الجذور البسيطة وجد منها ٣٠ ذات قنوات متشعبة ومعظمها بتشعب علوي غير تام . واما الجذور المتشعبة فكانت القنوات في جميعها ذات تشعب علوي تام . فتشعبات القنوات في الضواحك العليا ذات الجذور البسيطة يُعزى سببها الى الانبساط والاتلام المتوسطة للجذور .

قنوات الارحاء العليا: لدى فحصه ٢٩٩ رحى علوية جذورها من نوع (ا و ج) وغير ملتصقة كان فيها كما يلي :

في الجذور الخدية الامامية : ٤٧،١ في المائة قنوات بسيطة و٢٧ في المائة تشعب علوي تام و ٨ في المائة تشعب سفلي تام ١٣،٣ في المائة تشعب علوي غير تام و ١ في المائة تشعب سفلي غير تام و٣،١٦ في المائة قنوات شبكية .

وفي الجذور الخدية الخلفية : ٨٨،٨ في المائة قنوات بسيطة ، ٦ في المائة تشعب علوي تام ، ٢ في المائة تشعب سفلي تام و٣ في المائة تشعب علوي غير تام

وفي الجذور اللسانية : ٩٩،٧ في المائة قنوات بسيطة و٣ في المائة تشعب علوي غير تام .

فيستنتج ان القنوات الامامية يرافقها انفصال ذري في ٢٩ في المائة وقناة خارجية في ٢٩ في المائة ايضاً . وللقنوات الخلفية انفصال ذري في ١٤،٢ في المائة وفروع خارجية ٢١،٢ في المائة . وللقناة اللسانية انفصال ذري في ٧،٧ في المائة وفروع خارجية ١١،٧ في المائة .

ان جذراً واحداً من جذور الارحاء العليا او جذورها الثلاثة قد يلتصق

بعضها ببعض في الطرق المختلفة الممكنة ·

ومتى حدث التصاق عام قد تتصل القنوات بفروع داخلية وتشكل اخيراً قنوات شبكية ·

ومتى التصقت الجذور التصاقاً شديداً اختلطت القنوات ايضاً بالاشكال المختلفة واصبحت الارحاء قناة او قناتان ·

قنوات القواطع السفلى : تتشعب القنوات احياناً في القواطع السفلى وتشعبها عادة غير تام وفي القسم الأعلى من الجذر · فلدى فحص ١٣٤ سناً وجد منها ١١،٦ في المائة ذات قنوات متشعبة و١٠،٤ في المائة ذات انفصال ذري و٥،٢ في المائة ذات فروع خارجية ·

قنوات الانياب السفلي : قد تكون هذه القنوات احيانا ذات شعب ، فلدى فحص ٩٥ نابا سفلية وجد منها ٢،١ في المائة ذات تشعب علوي غير تام · فهذه القنوات المتشعبة تظهر في الانياب السفلى فقط كما في حالة القواطع · وهذا النوع من التشعب مسبب من انبساط الجذر واتلامه واحيانا يعود سببه الى تشعب الجذر نفسه الذي يقع احيانا في الانياب السفلى ·

قنوات الضواحك الاولى السفلى : لدى فحص ٨٥ ضاحكة سفلية اولى وجد منها ١٨ في المائة او ٢٤ في المائة ذات قنوات متشعبة من النوع العلوي او السفلي التامين ·

قنوات الضواحك الثانية السفلى: لدى فحص ٥٥ ضاحكة ثانية سفلى وجد منها حادثة واحدة فقط ذات تشعب علوي تام ·

فالتشعب القنوي في الضواحك السفلى ينجم من الاتلام المتوسطة المخططة

او الشقوق او الاخاديد الجذرية . واحيانا تتشعب الجذور نفسها ففي الضواحك الثانية تكون هذه الشقوق والاتلام اقل وقوعا منها في الضواحك الاولى ولذلك يكون التشعب القنوي نادراً .

ولدى فحص ٢٧٩ سنا وجدان ٤٦٦ في المائة من القنوات ذات انفصال ذري و٢٥ في المائة ذات فروع خارجية .

قنوات الارحاء السفلى : لدى فحص ٤٥٨ جـذراً من نوع (ا و ب) جذورها غير ملتصقة كان تصنيف قنواتها كما يلي :

في الجذور الامامية : ٢٩٦٢ في المائة ذات قنوات بسيطة ، و٣٩ في المائة ذات تشعب علوي تام ، و ٣٦٢ في المائة ذات تشعب سفلي تام ، و٢٦٧ في المائة ذات تشعب علوي غير تام ، و٦ في المائة تشعب سفلي غير تام ، و٦٦٥ في المائة ذات قنوات شبكية .

واما في الجذور الخلفية : ٨٠٦١ في المائة قنوات بسيطة ، ٧٦٤ في المائة تشعب علوي تام ، ٢٦٦٠ في المائة تشعب سفلي تام ، و ٦٦٨ في المائـة تشعب علوي غير تام ، و ١٦١ في المائة تشعب سفلي غير تام و١٦٧ في المائة قنوات شبكية.

ومن حيث المجموع فالقنوات الامامية يكون فيها ٢٧٦٦ في المائة ذات انفصال ذري و٢٥٦٥ في المائة ذات فروع خارجية . والقنوات الخلفية يكون فيها ٢١٦٣ في المائة ذات انفصال ذري و١٦٦٧ في المائة ذات فروع خارجية .

ففي الارحاء السفلى يكون الالتصاق الخدي للجذور اكثر وقوعا وهنا تختلط القنوات في طرق مختلفة . ولا يندر ان تكون قناة بسيطة مفردة ذات انفصالات ذرية عديدة .

العادة الخفية في الفتية والشبان

للدكتور كامل سليمان الخوري (حمص)

قد جرت العادة عندنا نحن الشرقيين على حب التكتم وعدم المصارحة في كل شوءوننا ، فترى الواحد منا يسأل صاحبه مشاركته في طعام العشاء فوراً ولا شيء عنده من الاستعداد ولا علم لامرأته بذلك · وترى الآخر وقد يزوره صديق وهو على اهبة الذهاب الى المحكمة فيلح عليه بالمكث كأن لاشاغل يشغله او كان له متسعاً من الوقت لمحادثته ، ومثل هذه الامور اكثر من ان تحصى وكل منا يعلم مقدار وقوعها في حوادثنا اليومية وشوءوننا البيتية·

ومن هذا القبيل نرى الرأي العام في الشرق يحظر على الطبيب او الوالدين ان ينبها افكار ابنهما الحدث لاجتناب بعض امور يهم اجتنابها · فهما يخفيان عليه ذلك بحجة انهما لا يرغبان في تنبيه افكاره لمعرفة امور وقضايا ربما كان يجهلها فاذا ما ذكراها امامه ربما تعلمها واعتادها ·

ولا ينحصر هذا النقص بالتربية في الاميين والعامة بل تراه سائداً بين الخاصة ومن قد أوتوا حظاً من العلم ·

اذكر مرة حينما كنت اتولى رئاسة انشاء مجلة الصحة في نيويورك ان استشهدت بشيء من اقوال بعض اساطين الفلاسفة بشأن بعض المناهي الصحية فانكر عليّ بعضهم انه لا يسوغ لي الجهر بمثل ذلك القول في تلك الصحيفة التي تطالعها السيدات والاوانس ، مما الجأني الى الرد عليهم بان لا شيء يحظر التعليم

اجمالاً وتعليم الامور الصحية بالاخص ، ودعمت قولي باقتبـاس شواهد من الكتب المنزلة حيثما نرى الفيلسوف موسى الكليم يوجب على الطامث والماخض والمعترى بالسيلان والبرص الخ اتباع طرق النظافة وعدم مساكنة الغير حذراً من سراية الادواء والعلل ، ثم حججتهم وفندت مزاعمهم بمقال كانت نشرتـه احدى شهيرات الكاتبات في اميركا قد نعت فيه على الامهات تقصيرهن بالمشارفة على تربية اولادهن ، وعدم تنبيههم لامور مهمة توجب عليهم الحـذر منها حتى لا يقعوا في حبالة العادات المضرة المؤدية الى العلل الوبيلة والجنون ، وقد شددت النكير في مقالها هذا الى درجة تهز اوتار القلب ، هذا في الولايات المتحدة من اميركا ، فكيف بها لوسوءلت تدوين ما تراه من القصور في بلادنا ، ونحن على ما هو معروف عنا من التأخر المعيب والتقصير المشين ؟ ٠

وبناءً على ما تقدم عقـدت النية الآن على كسر بعض قيود العـادات التي قدستها التقاليد من الآب الى الابن ، ومن السلف الى الخلف ، وابطـال المبدإ الضعيف الآمر بابقاء القديم على قدمه ، مما لا يدع مجالاً للتجدد والتقدم الى الامام ، وبديهي ان كل ما لا يتجدد مصيره الى الموت والاضمحلال ٠

بعد هذه المقدمة الوجيزة ارغب الآن في محادثة طلبة العلم النشاط عن عادة سيئة قد يعتادها بعض الفتية والشبان الاغرار الذين قد يجهلون اضرارهـا الوبيلة ، لانه لم يتسن من أبان لهم ذلك جلياً ٠ حتى اذا ما ابنت لهم هاتيك الاضرار تجنبوها ونبذوها نبذ الافعى السامة ٠

وتلك العادة الذميمة هي المسماة بالعادة الخفية ، والاعتمار ، وجلد عميرة ، واللعب باليد ، والاستمناء الخ ٠

ولقد كانت مستعملة منذ القدم ، وقد ذكرت في العهد القديم في الاصحاح الثامن والثلاثين من سفر التكوين في حادثة عمان ولذا سميت بكلمة :

Onanisme, masturbation , vice manuel , habitude solitaire, etc.

فالاعتمار رذيلة تقوم بتنبيه الهيجان الجنسي الباهي اصطناعياً و بدون فعل الجماع ، و يكثر حصوله في المسجونين والبحرية والجنود في ساحة القتال ، والمعتوهين ، اي في الاشخاص الذين يتعذر عليهم اتمام الوظائف التناسلية المشروعة ، و يشاهد لنكد الطالع كاختلاط او زيغان ذهني وعقلي في الاحداث او الشبان او الكهول من الجنسين .

نعم لا ينكر ان هذه العادة الخفية قد تزول بتقدم السن وبلوغ الكهولة في الاشخاص الذين اعتادوها في الفتوة والحداثة ، ولكنها كثيراً ما تستمر في بعض الاشخاص الذين يعدون اذ ذاك مرضى للعنة والجنون على انواعهما . حتى ان الفالج العمومي يغلب ان يسبقه عادة الاعتمار والشبق . اذ انه يسبب عوارض خطرة وعديدة بداعي الارتجاج والاهتزاز العنيف في المجموع العصبي . ولذا فعادة الاعتمار هذه شديدة الخطر على الاطفال والنسوة . يروى عن مرضعانها كانت تدغدغ رضيعها في اعضائه التناسلية لتنومه ، فغدا اخيراً عرضة لحصول هزة ورعشة من حين الى آخر ، وكان اذا بكى ، لا يسكت الا بعد دغدته ثانية .

معلوم ان الخصيين اذا بلغتا كمال النمو تأخذان بافراز المادة المنوية حتى زمن ضمورها . والعادة لها السلطة المطلقة على هذا العمل في البشر ، بعكس

الحيوانات التي لها غالباً زمن معلوم للنزو . على ان اموراً عديدة تؤثر في الانسان وتجره الى الافراط في هذه العادة القبيحة منذ صغره . بعضها مستقر فيه بالطبع وبعضها طارئ عليه كوجود الاعضاء التناسلية في الذكر والانثى في مركز تصل اليه اليد بسهولة ، والتصورات والافكار الشهوانية التي تهيج فيها بالنظر والملامسة والمعاشرة الرديئة الى ما هنالك من التعرضات والعوارض التي لا تأثير لها في الحيوانات . ولكنها شديدة التأثير في الانسان وفي صغاره ، اذ تجعل فيهم ميلاً شديداً الى الاستمناء حتى قبل زمن البلوغ ، وتثير في مجموعهم العصبي تهيجاً شديداً وحساً يرافقه تلذذ مهلك لا يقاوم منذ الصغر كما ذكرنا اعلاه . ومما يثير هذا التهيج والشبق في الفتية وجود الوسخ الاصفر الشبيه بالجبن تحت القلفة او الغرلة لأنه بحرافته يهيج الاعصاب . ولذلك فقد سنّ موسى الكليم قص الغلفة بالختان المعروف عند اخواننا المسلمين بالطهور او التطهير ، وكثيرون اليوم من الامم الغربية قد اتبعوا رأي الاطباء المحبذ للختان اي قص الغرلة المحيطة برأس الاحليل (اي القضيب) . كذلك من الاسباب المحركة تضيق القلفة اي صعوبة تزلقها على الحشفة ، وبعض امراض جلدية في اعضاء التناسل اذ يرافقها دغدغة وحرقان واكلان ، واحياناً وجود الديدان في المستقيم الى آخر ما هنالك .

اما الاضرار الشديدة التي تنشأ من هذا الاعتساف اي الاستمناء فكثيرة ، ولها كبير العلاقة بالسن والمزاج واعضاء الجسم المختلفة . فالفتيان الذين لا يكبحون جماح شهواتهم بل يطلقون لها العنان على الغارب ويسترسلون بطاعتها تراهم صفر الوجوه ، جعد الخدود ، غائري العيون ، هازيلي الجسم ، خائرـي

القوى ، ضعفاء البنية ، مضطربي الافكار ، يؤثرون العزلة ، ويميلون الى الانفراد ، لا تقر عيونهم بالنوم لان الارق يستولي عليهم ، لا يستطيعون المكث في فراشهم بل يرون دافعاً شديداً لا يقاوم فيهم الى التقلب من جهة الى اخرى ، فيزداد جسمهم ضناءً ونحولاً ، فيذبلون شيئاً فشيئاً بعد ان ينتهك جهازهم العصبي وتتأصل فيهم امراضه المضنية كالصرع اي داء النقطة والفالج وما اليه : وقد يقصفون في ربيع حياتهم وعنفوان شبابهم . واذا لبثوا احياء ووصلوا الى سن الرجولية ولم يكبحوا عنان شهواتهم ، ولم تردعهم قوة ارادتهم وقواهم العقلية عن الاعتساف المشين يقرعون سن الندامة . الا انهم وان اقتصروا بعد مدة طويلة عن عاداتهم المعيبة ، تراهم يفقدون الشهامة والرجولية ويصبحون عرضة للعنة والعقم ، يتصفون بقلة النخوة ودناءة النفس ، تراهم مترددين في حركاتهم لا يستطيعون الاقدام على عمل ما يستدعي اقل روية او اجهاد فكر .

ورحم الله ابا العلاء المعري اذ قال بهذا المعنى :

اشدد يديك بما اقو ... ل فقول بعض الناس درٌّ
لا تدنونَّ من النسا ... ء فان عقب النكح شرٌّ
والباه مثل الباء يخـ ... فض للدناءة او يجرٌّ

قيل سئل ابقراط كم يجوز للانسان ان يباشر وظيفة الجماع :

اجاب في كل سنة مرة ، قيل له فان لم يقدر اجاب في كل شهر مرة ، قيل فان لم يستطع لذلك سبيلاً ، اجاب في كل اسبوع مرة ، ثم قيل له فان لم يقدر اجاب قائلاً : هي روحه فله اخراجها متى شاء بدون معارض .

واسمعوا ما قال اخر وقد اجاد :

اجعل غذاءك كل يوم مرة واحذر طعاماً قبل هضم طعام
واحفظ منيك ما استعطت فانه ماء الحياة يراق في الارحام

فهذه الاقوال الوجيهة التي نطق بها بعض من اساطين العلم ترينا كم يجب ان يكون خوفنا من الاسراف بخسارة القوى العصبية التي تنحل بالاعتمار تحت كل ظروفه حتى ولو كان حلالاً للمتزوج ·

اما الاعضاء التي تتأثر من الاعتمار في الحداثة او من الافراط في الجماع في سن الكهولة فتختلف بحسب اختلاف البنية والمزاج · فالبعض يصابون باختطاف البصر وآخرون بالسل ، وبعضهم بسوء الهضم والذبول ، وآخرون بالخفقان المزعج وضخامة القلب ، ومعلوم ان نتائج تلك الاصابات هي الهزال والخور والاصفرار والكدر المستمر ، وفقدان الشهامة والمروءة وشرف النفس ، وضعف الذاكرة ، وجمود القريحة ، وكلال القوى العقلية · كل ذلك مما يقود الى الجنون بانواعه والعته والميلانخوليا

وقد كان منشأه الاصلي والدافع الى ارتكابه الاستمناء باليد او الاحتلام المفرط المهمل بدون معالجة او الافراط في الكهولة بعد الاستمرار في الحداثة والشبوبية على جلد عميرة · واذا اتفق للشاب الذي اعتاد طويلاً الاعتمار ولم يرتدع عن غيه وغروره ، ان تزوج تعروه حين زواجه ما نسميه نحن الاطباء بفقد الباه او العذط ، اذ ان اعضاءه التناسلية قد اعتراها الكلال وحل بها الضعف الزائد ، فاصبح صاحبها ضعيف قوة الباه او عذوطاً ، لا يستطيع اتمام الوظيفة المحللة له الان ، انما تهيج اعضاوءه التناسلية لدى اقل تصور

شبق او من جراء احتكاك الثياب او سماع كلام الدعارة او قراءة قصة شهوانية ، والغريب انك تراه عند الاقدام على مباشرة الجماع المحلل اضعف من خيال .

واما التغير الذي يحصل في تركيب السائل المنوي فهو ميع قوامه وتغير لونه وفقدان رائحته الخصوصية وندرة النطف (الحييوينات المنوية) المولدة فيه ، وقد تخالطه مواد مدممة او دم صرف . كل هذا يجعل المرء عنيناً وعقيماً وتنشأ منه فيما بعد امراض الخصيين والتهاب الموثة (البروستاة) وحدوث البيلة الدموية .

ومتى تراكمت بعض هذه الاعراض او كلها عليه ، ولا سيما العنانة والعقم ادى به الامر الى الشجار والمشادات العائلية ، وقد ينتهي بالانتحار نظراً الى خجله من شريكة حياته ؟ . . . والحوادث أكثر من ان تعد بهذا الشأن .

ذكر لي بعض مرضاي انه كلما مر بحانوت تعرض في شبابيكه ثياب نسائية على اشخاص خشبية تعروه نوبة انتعاظ ترافقها هزات عصبية وخفقان في القلب وميل الى الاغماء وشعور بدنو الموت . وكنت شاهدت شاباً تنتابه رجفات مستترة ، وحركات تشنجية مؤلمة في وجهه وطرفيه العلويين تستمر بضع دقائق ثم تزول بعد ما تورث العليل خوراً ليس بالقليل في مجموع قواه ، وبعد التحري والاستقصاء فهمت نشأتها عن استسلامه الى العادة السرية هذه .

وقد وقع تحت مشاهداتي في دوما لبنان حادثة حدث كان يقع بنوب صرعية عدة مرار كل يوم ، وبعد انكاره مدة الجأته الى الاقرار لي انه كان يعتمر كل

يوم بضعة مرار · ولما اقنعته بحصول هاتيك الاعراض عن تلك العادة الذميمة ونجح بابطالها نال الشفاء التام بعد نحو من عشرة شهور ، وعاد فملك صحة يحسد عليها ، وغبط ذاته للتخلص من ربقة العادة الخفية ·

هذا ما عن لي تدوينه في هذا الموضوع الهام تنبيها للاحداث والمفرطين في الجماع من الشبان والكهول حرصاً على حياتهم الثمينة ان تذهب ضحية رخيصة على مذبح الجهل والشهوات فيشيخون قبل اوانهم وتكشر بوجوههم هذه الحياة فضلاً عما هي محفوفة به من المتاعب والمشاكل والهموم ·

وارجو من الرصفاء الكرام اعطاء ملاحظاتهم بهذا الشأن الخطير خدمة للانسانية المتوجبة خدمتها على كل من احرز قسطاً من العلوم والعرفان ، لان صحة الافراد مقياس التقدم والعمران · والله الهادي الى سواء السبيل ·



أالمذمر ام السماوة

جاءنا من حضرة اللغوي الاب انستاس ماري الكرملي هذا الرد على ما نشرناه في جزئنا السابق لحضرة اللغوي الشيخ عبد القادر المغربي

(المجلة)

يعلم القوم اني هيأت معجماً من الفرنسية الى العربية كما هيأت دواوين لغوية اخرى وكنت قد وضعت منذ نحو ثلاثين سنة لفظة المذمر للافرنجية (buste)وذلك بعد ان وقفت على كل ما جاء من الالفاظ التي تقارب المعنى المطلوب له وضع ما يقابله في لغتنا فلم اجد احسن منها ولا يمكن ان نجد في لغتنا ما يوءدي موءداها والذي زادني تمسكاً بها ما قرأته في المخصص (١ : ٥٢) (قال) ثابت : السمامة والسماوة والآل : الشخص . وقد يكون الشبح والسامة والسماوة : شخوص غير الادميين وانشد في الشبح . . وفي السامة . وفي السماوة :

سماوته اسمال برد محبر وصهوته من اتحمي معصب

يعني « بيتاً » تظلل فيه في قائلة في فلاة من الارض انتهى . وهذا ما يسمى بالفرنسية(silhouette)كما هو مدون في معجمنا و يسمى ايضاً في لغتنا السواد ، والجماء ، والسدف (والجمع السدوف) ، والشدف (والجمع الشدوف ، والزول الى غيرها وهي كثيرة . فاذا كانت السماوة هي (buste) فما عسى ان تكون(silhouette) . ولا جرم ان الصديق المغربي لو علم ان في لغة الفرنسيين

لفظة اخرى تقابل كل المقابلة كلمة « السماوة » لما رضي ان تكون هـذه الاخيرة مقابله للبست (buste) ·

والذي يزيدنا تمسكاً بالمذمر ما جاء عن ابن مسعود · فقد قال : « انتهيت يوم بدر الى ابي جهل وهو صريع فوضعت رجلي في مـذمره فقال : يارويعي الغنم لقد ارتقيت مرتقى صعباً · قال : فاجتززت رأسه · قال الاصمعي : المذمر هو الكاهل والعنق وما حوله الى الذفرى انتهى عن التاج · فهل يعقل ان يكون معنى المذمر هنا القفا وحده او العظمين في اصل القفا او الذفرى ؟ ام مجموع كل ذلك الى الكاهل حتى استطاع ابن مسعود ان يضع عليه رجليه الاثنتين ؟ فليصدقنا القارىء والفرنسيون لا يسمون بست (buste) الا اذا كان الى الكاهل [1] ولهذا أخطأ كل من نقل الى لغتنا هذه اللفظة الى « صورة نصفيـة » اذ ليست كذلك ويخطىء من ينقلها الى قوله « السماوة » لاننا لو سلمنا انها بمعنى « أعلى شخص الانسان » فهذا يفيدنا نصفه الاعلى وهذا خطـأ كالسابق · دع عنك قول من قال ان اللغويين جميعهم اتفقوا على ان السمامة والسماوة بمعنى واحـد · وكلتاهما لا تفيد الصورة الواضحة المبينة للانسان ، بل الشخص لا غير · والشخص هو ظل الشيء من غير ان يكون واضحاً فلا يحسن بنا ان نوجه كلام السلف على غير معانيه كما لا يليق بنا ان نضع للالفاظ الافرنجية الفاظاً لا تقابلها كل المقابلة اذا دققنا النظر فيها تدقيق ناقد · اما اذا نظرنا اليها نظراً مجملاً بلا روية فهذا امر آخر لست من الذين يذهبون الى الاخذ به · وبعد هذا القول الواضح الجلي ليتبع الانسان ما يهوى فهو حر في ما يتبع ·

(١) الكاهل بالفرنسية (Le haut des épaules)

الدروس الكيماوية

تأليف الكيماوي والدكتور في الصيدلة صلاح الدين الكواكبي
مساعد مخبر الكيمياء في الصيدلة

اهدى الينا حضرة المؤلف المار الذكر كتابه الحديث الذي وضعه في علم الكيمياء غير العضوية . في جزئين متوسطي الحجم عدد صفحات اولهما ١٠٨ صفحات وثانيهما ١٠٦ صفحات . ويشتمل الجزء الاول على خمسة ابحاث كبيرة تبتدىء بالماء وتنتهي بمعلومات عامة عن الكيمياء والجزء الثاني يحتوي على ستة ابحاث اولها بحث في القيمة الاتحادية وآخرها في السليس والسليكات . وليس في الكتاب اشارة الى انتهائه او الى عزم المؤلف على اصدار الجزء الثالث منه .

والكتاب مطبوع طبعاً متقناً ومزدان بالرسوم الكثيرة تقريباً لابحاثه من الاذهان وقد قررت وزارة المعارف السورية تدريسه في الصفين الرابع والثالث من مدارسها الثانوية اما لغته فسهلة نصفها بما ذكره عنها المؤلف في مقدمته قال :

وضعت اصطلاحات عربية (على مخالفة بعضها لقواعد اللغة العربية) قريبة من الاصطلاحات الاجنبية . وابقيت اسماء العناصر كما هي بين الدول الا ما عرف منها السلف . تسهيلاً للطالب اذا اراد الاستزادة من كتاب فني كتب بلغة اجنبية .

وما احسن قول المؤلف في مقدمته حينما يعين موقفه تجاه المصطلحات التي اوردها في كتابه فيقول : وليس غرضي الاستئثار بما وضعت والدعوة الى الاخذ به بل اردت استعماله الى ان تنظم لجنة فنية عامة تأخذ على نفسها القيام بوضع اصطلاحات تنطبق على قواعد الفن واللغة ٠

فنحن نثني على حضرة المؤلف السيد الكواكبي اجمل الثناء متمنين لكتابه ما يستحق من الرواج والانتشار وننظر الى اليوم الذي يقرر فيه المجمع العلمي اللغوي المتالف من ممثلي الاقطار العربية كافة ما يجب اخذه او نبذه من المصطلحات العلمية فتعود وهي واحدة في كل البلاد الناطقة بالضاد على حد ما هي عليه في البلدان الناطقة بغير الضاد ٠ جعله الله يوماً قريباً ٠

سبيل



منهاج الجامعة السورية لسنة ١٩٢٦ - ١٩٢٧

نشرت ادارة الجامعة السورية بدمشق للمرة الاولى منهاجها السنوي عن سنة ١٩٢٦ — ١٩٢٧ باللغتين العربية والفرنسية · فبلغ القسم العربي ٨٤ صفحة من القطع الكبير ، والقسم الفرنسي ٨٢ صفحة· وقد ذكرت في اوله نبذة عن تاريخ المعهدين اللذين تتألف منهما الجامعة وهما معهدا الطب والحقوق واسماء اساتذة معهد الطب ومعاونيهم البالغ عددهم ٢٦ استاذاً · وما نشره هوءلاء الاساتذة في المجلات الغربية ومجلة المعهد من المقالات العلمية في السنة المذكورة · ويلي ذلك اسماء الطلاب والطالبات في شعب المعهد الثلاث وهي شعب الطب والصيدلة وطب الاسنان ، وفي فرعيه وهما فرعا القبالة والتمريض · وعدد هوءلاء جميعاً ١٥٩ طالباً وطالبة ، وفيهم السوري والمصري والعراقي والفلسطيني والتونسي ·

وعلى اثر ما تقدم ذكرت اسماء جميع الذين تخرجوا من معهد الطب ابتداء من سنة ١٩١٩ حتى سنة ١٩٢٧ وعددهم ١١٧ طبيباً و ٧٠ صيدلياً · واما المتخرجون من شعبة طب الاسنان وفرع القبالة فعددهم ابتداء من سنة ١٩٢٤ ٥٩ طبيب اسنان و ١١ قابلة و بعد ذلك جدول باسماء اساتذة معهد الحقوق الخمسة عشر وما وضعوه من الموءلفات وجدول اخر بالقابهم واوسمتهم ، فاسماء تلامذة معهد الحقوق وعددهم ٢٣٧

ويلي ما تقدم نظام الجامعة ومعهديها موضوعا في ١٢٠ مادة ومقسوما الى ٣ اقسام الاول يتعلق بالجامعة والثاني بمعهد الطب والثالث بمعهد الحقوق ·

وفي البرنامج عدد كبير من رسوم اساتذة الجامعة وطلابها و بناياتها ومخابرها وغير ذلك . وهذا البرنامج يدرك من ينظر اليه لاول وهلة انه دليل ناطق على تقـدم الجامعة السورية تقدما عجيبا في سنوات قليلة بفضل الجهود الكبيرة والتضحيات العظيمة التي يبذلها معالي الدكتور رضا سعيد بك عميدها ورئيس المعهد الطبي ومعالي الاستاذ عبد القادر بك العظم رئيس معهد الحقوق ومن يؤازرهما في عملهما الشريف الخالد من الاساتذة القـديرين في كلا المعهدين المذكورين .

ولا يسعنا ونحن نكتب هذا التقريظ الموجز الا ان نوءكد ان الخطوات السريعة التي خطتها الجامعة السورية تبعث على الرضى عن الماضي وتحمل على التفاوءل بالآتي . اخذ الله بيد عمدتها والاخذين بناصرها لكي تصبح هذه الجامعة الفتية المحبوبة في المستقبل من اكبر الجامعات وارقاها .

مرسل



الاستاذ سيكار

١٨٧٢ — ١٩٢٩

فجع الطب الفرنسي بل العالم الطبي قاطبة بموت قطب من اقطابه ونابغة من نوابغه بعد ان فجع منذ ايام قلائل بموت العالم الاستاذ فيدال نعني به سيكار استاذ الامراض الباطنة في معهد الطب بباريس قصف الموت فجأة غصن حياته الذي لا يزال رطبا اثر نوبة خناق صدري فكان موتـه خسارة لا تعوض على ذلك المعهد الطبي العظيم الذي توالت عليه النكبات ·

لا يجهل القراء اسم هذا الاستاذ الكبير وهو الذي خلد اسمه باعماله وابحاثه الجليلة فهو الذي شارك فيـدال في اعماله ودرس معه التشخيص المصلي عن الحمى التيفية واسسه على قواعد وطيدة وكان حينئذ طبيبا داخليا في شعبـة العالم فيدال · وهو الذي بعد ان خصص نفسه في الامراض العصبية ادخل في هذه الشعبة طرقا حديثة لا تزال مدينة له بها · فما من يجهل اعماله عن المائع الدماغي الشوكي فقد بين ما لعناصره المصورة من القيمة في تشخيص كثير من الامراض ووصف التهاب السحايا المصلي وبين تبدلات الاحين والسكر في المائع الدماغي واثبت التشخيص الكرومي (chromo - diagnostic) وتوصل بحقن الليبيودول في القناة العجزية وفي الاخلية تحت العنكبوتية الى تشخيص كثير من الامور الصعبة التي كان يعد تشخيصها مستحيلا قبل هذه الطرق الحديثة والى اثبات طرقها الجراحية · وهو الذي ضبط طريقة الحقن بالكحول في معالجة الآلام العصبية وطريقة الحقن العجزية في معالجة التهـاب عصب الورك والخزرة (lumbago)

لانه جراح ماهر في الوقت نفسه . وهو الذي بحث في الاستدماء الذاتي (auto hémotherapie) وفي استعمال الحقن الوريدية بفحماة الصوده في مكافحة صدمة تزعزع الدم الغروية (choc colloïdoclasique) وهو الذي اوجد معالجة الدوالي بحقن الاوردة بالمحاليل المصلبة (صفصافاة الصوده) .

فكيف لا يأسف العالم الطبي على فقدعالم كبير كهذا خلدت اعماله له الشهرة واننا بهذه المناسبة نقدم الى اسرته ومعهد الطب الباريسي أخلص تعازينا .

مرشد خاطر

بشرى

يسرنا ان نزف الى قرائنا الكرام ان المعهد الملوكي للصحة العامة في بريطانيا العظمى قد انتخب معالي عميد الجامعة السورية الاستاذ رضا سعيد بك وحضرة الدكتور ترابو الاستاذ في معهد الطب عضوين شرفيين فيه وانه قد كتب لهما كتابين خاصين بهذا الصدد ومتى عرفنا ان بين اعضاء هذا المعهد الفخريين اصحاب الجلالة ملك انكلتره وملكتهاوملك مصر وملك بلجكه وملكتها وملك ايطاليا وملك اسبانيا وامبراطور اليابان ورئيس الولايات ورئيس الجمهورية الفرنسية ورهطاً كبيراً من العلماء الاعلام عرفنا ما لهذا اللقب من المقام الكبير

فنحن نقدم لمعالي العميد وحضرة الزميل اخلص تهانينا

م . خ .

الجزء ٥ المجلد ٦

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٢٩ م . الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٧ ﻫ

زهري مجهول يظهره الفحص بالاشعة

للحكماء ترابو وطاهر الجزائري ومصطفى شوقي

الاساتذة في المعهد الطبي

ترجمها الحكيم ميشيل خوري

لنا الشرف بان نورد لقرائنا المشاهدة التالية . وهي مشاهدة بقيت مدة طويلة لا تجدي في تشخيصها الفحوص السريرية ، الى ان توفقنا الى التشخيص الصائب بفحص مدقق اجريناه بالاشعة ، فاهتدينا الى اسباب الداء الحقيقية وبالتالي الى شفاء المريض العاجل التام .

. . .

مريض عولج منذ مدة معالجة مصاب بنوب موءلمة في الخاصرة اليمنى وتشوشات هضمية . وكانت هذه النوب الموءلمة تنتابه منتظمة بعد كل طعام بساعة او ساعتين ويصحبها تقيوء الاطعمة التي تناولها المريض . وتنشأ الآلام في الناحية الظهرية السفلية دائرة حول الناحية الكبدية لكي تنتشر متجهة الى

الناحية الشرسوفيــة · وتظهر بسرعة آخذة بالاشتداد والانتظام والتكرر مستوجبة ان يعطى المريض البانتوبون يومياً او ان يحقن بالمورفين · ومانعــة التغذي وعائدة بالشدة نفسها على الرغم من تقليل المريض للأغذية · فصفات هذه النوب كانت توهم انها مسببة من علة معدية ، ولكن تقيوء الاطعمة فجأة بعد الاكل بساعة بدون آلام معدية حقيقية لم يسمح لنا بان نعد هــذه الحادثه من حوادث سوء الهضم المختلفة المعروفة كسوء الهضم الناجم من كثرة الحــامض الكلورهدريك او قلته او من سوء الهضم الورمي · وكان الألم يستمر مــدة طويلة بعد القيء ما لم يعط المريض دواءً مسكناً · ولم يثبت لدينــا في اي آنٍ حدوث اختمار او انتفاخ او شعور احتراق او قياء او تغوط دمويان · ثم ان استقرار الالم في الناحية الكبدية كان يدعو الى الظن بان الحــالة هي سوء هضم ناشيء من علة كبدية كالحصاة او التهاب المرارة ، ولكن حجم الكبد كان طبيعياً ، والمرارة لم يكن يشعر بها لدى الجس حتى انها لم تكن موءلمة · ومن جهــة ثانية لم يكن الألم ينتشر الى الكتف اليمنى كما يشاهد في علل الكبد على اختلافهــا · وعليه ترددنا في التشخيص ، وكانت تغذية المريض آخذة بالتناقص الى ان عزمنا على فحص المجرى المعدي المعوي بالاشعة بعد طعام ظليل وعلى تصوير الناحيــة الكبدية ، وفي الوقت عينه فان الفحص العام الذي اجريناه في اوقات مختلفة اظهر خلو اجهزة المريض جميعها من العلامات المرضية ولا سيما الجهاز العصبي ، اذ ان الافعال المنعكسة كانت طبيعية وعلامتي رومبرغ وارجيل روبرتسون لا وجود لها ، الامر الذي دعا الى نفي سهام (تابس) مستتر ، وقد انكر المريض اصابتــه

بالزهري . فضلا عن ان استقرار الالم في الجهة اليمنى وحدها ينفي وجود السهام .

اما المعاينة بالاشعة فقد عللت لنا مصدر الاضطرابات الهضمية ومنشأ النوب المؤلمة التي لم يكن لاحداها اقل علاقة سريرية بالاخرى وان تكن اسبابها واحدة . وأرتنا بعد الطعام الظليل ان المعدة كالغليون ، صلبة الاعضاد ، الأمر الذي يشاهد في التكتن الزهري المصور . واما التصوير بها فاظهر لنا التهاباً عظمياً سمحاقياً في الاضلاع الاربع الاخيرة التي تغطي الكبد . فلم يبق بعد هذه الدلائل شك في التشخيص . اذ انه ثبت لدينا ان المريض اصيب بزهري مجهول ذي مظاهر هضمية وعظمية . واما الالام فاما ان تكون ناتجة من تهيج الاعصاب الوربية بالعظم النامي نمواً فوضوياً ، او ان تكون آلاما زهرية عظمية . واما آلام الخاصرة اليمنى ومجموعة الاعراض الالمية فكانت تشتد ليلاً في مواقيت معينة منطبقة بذلك على قانون سريري عرف اليوم تمام المعرفة بشأن الزهري .

ولم ننتظر تحريات المخبر كتفاعل واسرمان والفحوص الخلوي والكيماوي والحيوي للمائع المخي الشوكي بقصد تحقق وجود الزهري لا سيما وان هذه التحريات كان من الممكن ان تجيء بالنتائج السلبية دون ان تغير رأينا في السبب الحقيقي للآفة العضوية المزدوجة التي رأيناها في المريض . ولذلك فاننا بادرنا على الفور الى مداواة المريض بالارسنو بنزول حقناً في الوريد ووصفنا له قرصاً من الجنازرين قبل كل من الوقعتين الرئيستين بساعة لتسكين الالم .

وكان للمداواة المذكورة تأثيرها الناجع فتحسنت حالة المريض بسرعة وزالت الآلام التي كان يشكوها ، واصبحت المعدة قادرة على احتمال الطعام .

والآن بعد مرور شهرين على زوال كل مظهر مرضي ، فان المريض متعاف منقطع عن كل حمية ، ووزنه يزداد زيادة محسوسة عن السابق ·

واننا بعد ما تقدم لا نحجم عن الالتجاء الى الاشعة المجهولة لجلاء التشخيص الغامض في العلل الباطنة · وذلك لان الفحص بالاشعة بعد الطعام الظليل واجب في كل سوء هضم · ولم يذهب عملنا عبثا لاننا علمنا حقيقة سوء الهضم الناتج من التكتن الزهري · وذلك ما لم نتوقعه لندرته · كما ان تصوير الناحية الكبدية أملاً بكشف حصاة او التهاب مرارة قد ابان لنا التهابا عظمياً سمحاقيا خفيا لم نكن لنحلم بتشخيصه لولا دريئة التصوير · وبعد ان شخص التكتن الزهري والالتهاب العظمي السمحاقي وجهنا المعالجة الى السبب فتوصلنا الى النتيجة المرغوب فيها ·



في سبيل الاشتراك (١)

بمعرفة بعض الامراض المسماة اجنبية والمشاهدة كثيراً على ضفاف البحر المتوسط الشرقية معرفةً أجلى

للحكيم ترابو

الاستاذ في معهد الطب بدمشق وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ليست غايتنا في هذا التقرير الموجز ان نلم بوصف جميع الامراض الاجنبية التي تظهر على شواطئ البحر المتوسط الشرقية مع ان لهذا البحث فائدته الكبيرة ذلك لان الوقت لا ينفسح في مثل هذا النهار لابحاث مسهبة كهذه ونظام المؤتمر يقضي على كل فرد ان يأتي بالكثير من الامور المفيدة باقصر وقت ممكن. ولكننا نكتفي باغتنام هذه الفرصة النادرة التي سنحت لنا وهي اجتماع صفوة من دهاقنة الطب من شرقيين وغربيين لنستمد منهم المساعدة بما لديهم من المشاهدات التي شاهدوها في نقاط مختلفة من الكرة على ايضاح امر لا يزال مبهماً في عرفنا وهو امر الحميات التي يشاهد منها المصريون والسوريون كثيراً في قطريهم نعني بها حمى الايام الثلاثة والضنك اللذين يجمع بينهما عدد من المؤلفين وكثيراً ما يدمجونهما بانواع الضنك الكاذب التي تبدو في البلاد الحارة. ثم نأتي بعد ذلك على مقابلة وجيزة نذكر بها النقاط المشتركة التي

---

(١) هذه هي المحاضرة الثالثة التي القيت في مؤتمر القاهرة الطبي من لدن معهدنا الطبي (المجلة)

يتصف بها مرضان اجنبيان ايضاً كثيرا الحدوث في انحائنا وهما البرداء وداء المتحولات (amibiase)

حمى الايام الثلاثة ، ضنك البحر المتوسط ، الاضناك الاخرى : اننا قد وصلنا بعد ان صرفنا في الشرق خمس سنوات وعاينا في خلالها عدداً كبيراً من المرضى وبعد ان قرأنا كل ما كتب عن الضنك الى هذه النتيجة وهي ان المؤلفين قد دمجوا في فصل واحد مبهم امراضاً مختلفة كل الاختلاف واننا نرى ان الاعراض السريرية مع ملاحظة الحالة الوبائية كافية وحدها دون ما حاجة الى المخبر لتحديد كل من هذه الامراض وتمييزه عن سواه تمييزاً جلياً .

فاذا لم يسعدنا الحظ بان نرى ضنك الهند واوسترالية وشواطئ الاتلانتيك فقد قيض لنا ان نشاهد عدداً لا يستهان به من حمى الايام الثلاثة وضنك البحر المتوسط حتى جاز لنا ان نبدي فيهما الان رأياً جازماً مميزين بسهولة حمى الايام الثلاثة عن ضنك البحر المتوسط الذي يشق علينا ان نعده وضنك البلاد الحارة مرضاً واحداً وان نكن لم نتعرف الى هذا الضنك الاخير الا بقراءة ما كتب عنه .

واننا سنأتي بايجاز على رسم مشهد هذه الامراض الثلاثة السريري كما يبدو لنا سائلين اولاً زملاءنا المصريين والسوريين ما اذا كنا متفقين في تمييز حمى الايام الثلاثة عن ضنك البحر المتوسط وسائلين زملاءنا في البلاد الحارة بعدئذ ما اذا كان الوصف الذي نصف به ضنكنا يطابق الضنك الذي يشاهدونه في بلادهم .

١ً — حمى الايام الثلاثة

هي حمى الايام الثلاثة الصيفية كما يسميها الايطاليون او حمى البعوض الواخز للوريد او حمى البوسنه والهرسك او حمى التمر والخ كل هذه المرادفات لا تفيد سوى مرض واحد وافضلها التسمية الايطالية لانها حمى تستمر ثلاثة ايام وتظهر في صيف كل سنة · فهي مرض فصلي ينقله على ما يرجح البعوض الواخز للوريد وعاملها المرضي جرثوم راشح كما اثبتت الاختبارات القديمة القيمة التي قامت بها البعثات النمساوية والايطالية التي لم ترَ في دم المرضى مطلقاً اثراً للجراثيم · وهي مرض منتشر انتشاراً شديداً على ضفاف البحر المتوسط لانها تظهر في مصر وسورية ومكدونية وكورسكة وتتصف سريرياً باستمرارها ثلاثة ايام وبخلوها من النفاط الا النفاط الدخني العرقي الممكن الحدوث المسبب من العرق الغزير الذي يتصبب من المريض في يومي حماه الاولين · اما الامراض الاخرى وان تكن واضحة فليست من الامراض النوعية كالصداع والخزرة (lumbago) والالام المفصلية والعضلية والعصبية والوهن والتشوشات المعوية المعدية لانها مشتركة بينها وبين ضنك البحر المتوسط وضنك البلاد الحارة · غير ان الالام تشتد اشتداداً عظيماً حتى ان المرضى قد اكثروا لها الاسماء فهم يسمونها خطأ ابا الركب وابا دبوس وغير ذلك من التسميات التي يطلقها عليها الانكليز ·

٢ً — ضنك البحر المتوسط

هو المرض الذي يصادفه الاطباء المارسون في مصر وسورية ويفد كما تفد الاوبئة مرة كل بضع سنوات ·

وقد رأينا منه فقط هذه الوافدة في دمشق السنة الماضية مع اننا كنا نرى في صيف كل سنة حمى الايام الثلاثة وشاهدنا تفشي هذا الضنك الغريب ولا سيما في حي من احياء المدينة قد توفرت له فيه اسباب الانتشار لتلاصق بيوته وازدحام سكانه وضيق شوارعه وقلة تهويتها ٠ وقد كان مجيئه كمجيء مرض وبائي عفني سارٍ فقد زار بيوت ذلك الحي جميعها ولم يترك منها واحداً الا دخله وكان يصيب جميع افراد الاسرة في وقت واحد وقد انتشر هذا الانتشار الهائل في مدة لا تتجاوز الاسبوعين ٠

اما الاحياء الجديدة من المدينة التي توفرت فيها بعض الشروط الصحية من جهة التهوية وقلة الازدحام فلم تقع فيها الا اصابات متفرقة ٠ فطرز الانتشار هذا يحملنا على الافتكار بانتقال العدوى من الانسان الى الانسان ولا سيما لان دمشق لم ترَ هذه الوافدة منذ عدة سنوات فلو كان الضنك السوري مرضاً فصليا منتقلا بالبعوض لكان غيابه كل هذه المدة امراً يصعب تعليله ٠ وعدا ذلك فان السواد الاعظم من سكان دمشق يستعملون الكلل ٠ ويتصف هذا الداء من الوجهة السريرية بنفاط حصبي الشكل والحمى فيه يطول امدها اكثر من ثلاثة ايام فهي تستمر زهاء اسبوع اما الحالة العفنة والالام فيه فشبيهة بحمى الايام الثلاثة وهذا ما حمل الناس على تسميته بابي الركب ٠ ويظهر هذا الضنك كما تظهر حمى الايام الثلاثة على شواطىء البحر المتوسط ولا سيما في مصر وسورية ومكدونية ٠ وقد غزا في السنة الماضية مالطه وتونس وحل ضيفا ثقيلا في صيف هذه السنة على اثينا ولسنا نعلم ما اذا لم تكن هذه الحمى النفاطية التي تفاجىء الآن الاطباء في جهات مرسيليا من نوع ضنكنا المنتقل

من البيره الى مرسيليا بفضل كثرة المواصلات كما انتقل الى اثينا باليونانيين القادمين من اسية الصغرى ٠

انا لا نرى في طرز انتقال هذه الوافدة من بلد الى بلد اخر مجاور ما يشابه الامراض الفصلية المنتقلة بالبعوض التي تبدو في كل سنة وتضمحل حيث ولدت كما هي عليه البرداء وحمى الايام الثلاثة ٠ فنحن للاسباب المتقدمة نعد ضنك البحر المتوسط مرضا نفاطيا عفنا سارياً كالحصبة والقرمزية ٠

٣ ً ـــ اضناك البلاد الحارة

هي الادواء التي سماها روجرس وغرل بالاضناك الكاذبة واننا لنأسف كما أسف هذان المؤلفان « لان مشابهة هذه الحميات للضنك الحقيقي قد سودت صحيفة هذا الداء الاخير السريرية وعرقلت التحريات الإمراضية » ٠

ان اضناك البلاد الحارة لم تدمج في الضنك الحقيقي الا لمشابهة اعراضها العامة ولا سيما الالام لهذا الضنك ٠ غير ان فرقا اساسيا يميزها من الوجهة السريرية عن ذاك ٠ وهو ان ضنكنا مرض نفاطي وتلك اضناك لا نفاط فيها ٠ يقول اورمه « اما النفاط فلم اشاهده مطلقاً وقد نبهت الافكار الى هذه النقطة » ويقول بروشه وفسل وروجرس ان النفاطات الوهمية ليست الا ناجمة من العرق لان النفاطات الدخنية العرقية تظهر في اضناك البلاد الحارة كما تظهر في ضنك البحر المتوسط وحمى الايام الثلاثة في اثناء الحمى ٠

وتختلف الشروط في انتشار اضناك البلاد الحارة عما هي عليه في البرداء فان تلك كهذه امراض الاراضي المنخفضة والبطائح وتظهر في كل سنة وفي المناطق نفسها ٠ فهي امراض موضعية وفصلية ولهذا بينت الاختبارات الاوسترالية

ان العامل الناقل في تلك الاضناك هو الناموس الارقش (ستاغوميا) ·

٤ً — النتيجـة

فنستنتج مما تقدم النتائج التالية :

ان السريريات وطرز وفود هذه الامراض الثلاثة تكفينا لان اختبارات المخابر تنقصنا لتمييز كل من هذه الامراض : ضنك البحر المتوسط وضنك البلاد الحارة وحمى الايام الثلاثة عن الاخر مع ان الكثيرين من المؤلفين قد خلطوا بينها ولا يزال البعض حتى يومنا الحاضر يخلطها ·

ان حمى الايام الثلاثه مرض فصلي ينقله السكيت (البعوض الواخز للوريد)

ان ضنك البحر المتوسط مرض نفاطي عفني سار

ان ضنك البلاد الحارة مرض فصلي ينقله البعوض ولا سيما الارقش منه (ستاغوميا) ·

البرداء وداء المتحولات

اننا نرغب بايراد هذه المقابلة الموجزة في ان نبين النقاط العديدة الكائنة بين البرداء وداء المتحولات على الرغم من ان الظواهر تبعد احدى هاتين الآفتين عن الاخرى ·

١ً — الحيوينات الدموية « hématozoaires » والمتحولات « amibes » هي حيوانات ابتدائية مولعة بالدم : ان المتحولات هي كالحيوينات الدموية حيوانات ابتدائية نعني بذلك انها ابسط العضويات في السلم الحيوانية لانها مؤلفة من خلية واحدة حية · ولا عجب اذا كانت الحيوينات الدموية مولعة بالدم لان اسمها يدل عليها ولان المؤلفين يعرفونها بانها حيوان ابتدائي عائش في الدم

ولان البرداء تشخص بكشف هذا الطفيلي في ملء الكريات الحمراء . وكذلك القول في المتحولات الحالة التي تؤذي الكريات الحمراء لانها تعرف لدى معاينة الغائط بحلولها في الهيولى .

ولهذا كان :

٢ً — فقر الدم نتيجة للبرداء كما انه نتيجة لداء المتحولات لانه :

حين انفقاع الاجسام الوردية تخرب جميع الكريات الحمراء التي تحتلها الطفيليات خراباً اكيداً وربما كانت الكريات المصابة كثيرة العدد . وكذلك القول في الكريات الحمراء التي تحتلها المتحولات فانها تنحل انحلالاً تدريجياً لا مناص منه . فينجم من كلتا الحالتين خراب كبير في الكريات الحمراء يفضي الى قلتها وان تكن الطرق المؤدية اليها مختلفة . وما هذا سوى فقر الدم المتفاوت الدرجات الكثير الحدوث في البرداء وداء المتحولات ولكن :

٣ً — خراب الكريات تنجم منه اضرار اخرى غير فقر الدم : فان خضاب الدم الناشيء من خراب الكريات الحمراء يقع في سياق التعفن البردائي مباشرة في الدم الجاري اما في داء المتحولات فخراب الكريات الحمراء يقع في القروح المعوية التي تفتح بحيرات دموية تحت الغشاء المخاطي حيث يخرج بعض خضاب الدم من خلال الاوعية وينتقل بالمجاري البلغمية ثم يعود الى مجرى الدم . ويتبدل خضاب الدم هذا في كلتا الحالتين التبدلات المعروفة منقلباً في ملء النسج الى اصبغة ومفضياً في النهاية الى احداث صفراوين البول الذي يفرز مع البول ويولد متى كان خراب الكريات الحمراء كبيراً يرقاناً دموي المنشا . فهو في البرداء اليرقان المخرب الذي قلنا في منشإه انه ناجم من تلف الكرية الحمراء

بالحيبوينات الدمويةو يرقان شبيه به في داء المتحولات كشفناه مع صباغ كان به مصل الدم خالياً من حـالات الدم (hémolysines) وحالات الدم الاجنبيـة (hétérolysines) — وعدا ذلك :

٤ — فاننا نجد في داء المتحولات كما في البرداء جميع درجات اليرقانات : ان اليرقان الدموي المنشإ هو في الغالب يرقان لا بيلة صفراوية فيه ففي اليرقانات التي اتينا على ذكرها تكون الابوال غالباً خالية من الاصبغة الصفراوية الطبيعية والملاح الصفراوية · غير ان اليرقان الدموي المنشإ قـد يفضي اعتنافاً الى يرقان مع بيلة صفراوية ذي منشإ كبدي · وقد يكون فقر الدم شديداً في البرداء وداء المتحولات الخطر ونقص الكريات الحمراء كبيراً · وتخزن خلية الكبد من خضاب الدم المحرر الاجزاء الحديدية ولا تلبث ان تنوء بها متى طال العهد عليها فتختل وظيفة الكبد الصفراوية كما تختل وظائفها الاخرى كافـة فيبدو اليرقـان بفرط نشاط الكبد و ينشبع لون الجلد والملتحمات الاصفر وتبدو في البول عـدا صفراوين البول الاصبغة الصفراوية والملاح الصفراويـة وكثيراً ما يبدو سكر العنب والنيلة وهي برهان على تشوش عام في وظائف الكبد من الوظيفةالصفراوية الى الوظائف الاخرى المولدة للسكر والمضـادة للذيفانات · فيكون اليرقان في البدء مع بيلة صفراوية ناجماً من فرط نشاط الكبد ثم ينشأ من ضعف الكبد وقصورها · وتصادف جميع درجات اليرقان حتى اوخمها واخطرها ·

٥ — المتحولة والحيبوين الدموي يوءذيان خلية الكبد : ليس اليرقان وحده مع تنوعات اشكاله التشوش الوحيد الذي يطرأ على خلية الكبـد · فان الحيبوين

الدموي ينتقل بسهولة الى الكبد بالمجري الشرياني كما تصل اليهـا المتحولات بطريق وريد الباب · ووصول كل من هذين الطفيليين يعرف باحتقان الكبـد وبقاء الحييوين الدموي في هذه الغدة بالتشمع الضموري كما ان بقاء المتحـولة يتصف بخراجة الكبد لانهـا تميت الخلايا وتحلها وهي الصفة التي تمتاز بهـا ومع ذلك :

٦ — فلا تستطيع الكبد ان توقف تيار الحييوينات الدموية او المتحولات :

اما ايقاف الكبد للحييوين الدموي فامر وهمي لان البعوضة تلقح احدى نقاط الجلد فيسير الحييوين في الدوران الشرياني الى الاعضاء المختلفة واما المتحولة فانها تجد في الكبد حاجزاً متيناً · فان هذا الطفيلي ينتقل الى الانسـان بطريق الانبوب الهضمي ولا يتمكن من الوصول الى الكبد الا بفضل التقرحات المعوية وبطريق وريد الباب ومتى وصل استقر فيها وهذا ما يعلل لنا كون الخراجـة هي اكثر العراقيل حدوثاً غير انه لا يقف في الكبد بل يسير نحو الوريد الاجوف وقد فاجأ هريس المتحولة عند مصب الاوردة فوق الكبد ومتى وصلت الى تلك النقطة لم يعد امامها موانع تستحق الذكر · لانها تصل الى الدوران الرئوي وهذا ما يعلل لنا داء المتحولات الرئوي مع ظهور المتحولات في التفـلات · واذا اجتازت المتحولة الرئة وصلت الى الوتين (الاورطى) وكان استقرارها في الدماغ والطحال والكليتين ممكنا كما ثبت ذلك اليوم · وتظاهرات البرداء شبيهـة بهذه فان ذات الرئة البردائية لا تنكر وان تكن نادرة وقد وجد غرل الحييوينات الدموية في دم التفلات اما استقرارها في الدماغ فيظهر في الانواع التي يسميها كاشي الانواع المنتخبة وفي الانواع السباتية والاستقرارات الكلوية معروفة لان

التهابات الكلية البردائية قد عرف امرها ·

اما الطحال فما من يجهل انه مقر الحييوين الدموي المنتخب كما ان الكبد هي المقر الذي تختاره المتحولة بعد ان تجتاز الامعاء · وان مشابهة داء المتحولات للبرداء تزداد اكثر مما ذكرنا متى قربنا الزحار المتحولي من البرداء الزحارية الشكل التي تبدو فيها الحييوينات الدموية في الغائط ·

٧ً — داء المتحولات يعفن الدم اذاً كما تعفنه البرداء

لا خلاف في ان البرداء تعفن دموي لان مركز الحييوينات الدموية العادي هو الدم · ومتى عرفنا ان المتحولات قدصودفت في وريد الباب وعروق الكبد الشعرية والدماغ والطحال والرئتين حتى في ابوال المصابين ببعض التهابات الحويضة والكلية ادركنا انها لا تتوصل الى هذه الامكنة المتنوعة الا بعد مرورها الى الدوران العام · فداء المتحولات والحالة هذه هو تعفن دموي صغير شبيه بما هو عليه تعفن الدم الناجم من عصية الكولون بالنسبة الى تعفنات الدم الجرثومية ·

٨ً — ان مبدأ تعفن الدم بالمتحولات لا يعلل بعض الاعراض التي لا تكون بها سببًا مقصوداً :

يصعب علينا ان نصدق ان الحييوينات المبدأية السائرة في مجرى الدم لا تترك اثراً لمرورها فيه · ان مبدأ الذيفانات البردائية مسلم به ولا خلاف فيه كما ان من العوارض ما يحملنا على الظن بان للمتحولات ذيفانات ايضاً · لانه يصعب علينا فهم بعض العوارض الطارئة في سياق داء المتحولات المثبت متى لم تكشف المتحولات لدينا في مقر الآفة كالتهاب الكلية الحابس للماء الذي

وصفناه مع مار وكالاشكال الدماغية السحائية التي تختلف عن الخراج الدماغي المتحولي والتي وصفنا اعراضها ومشابهتها لحالات التهاب سحائي وتشوش عقلي مع هذيان قد يبلغ درجة العته ·

فكل ما تقدم يحملنا على استنتاج

٩ — النتائج الاتية

ان البرداء وداء المتحولات المحدثين بحيوانات مبدأية تفعل في البنية افعالا عديدة متشابهة في كثير من وجوهها ·

تحدث البرداء دائماً وداء المتحولات احياناً حالة تعفن دم حقيقية ·

بعض العوارض السريرية تحملنا على الظن بان للمتحولات ذيفانات كما ان للحيوينات الدموية ذيفانات ايضاً · وهذا ما يدعونا الى فتح باب جديد في الامراض العامة : وهو باب الامراض المسببة من الحيوانات المبدأية المولعة بالدم ·



خراج متحولي صغير في وحشي فص الكبد الايسر [1]

للحكيمين الاستاذين
لوسركل وترابو
والطالب السيد مسلم القاسمي

ان خراجات فص الكبد الايسر اقل حدوثا وانتشاراً من خراجات الفص الايمن ، والاحصاآت الاربعة التي سندرجها معتمدين في نقلها على مصنف غرل وكلاراك « Grall et Clarak » خير دليل على صحة ما نقول :

	خراجات الفص الايمن	خراجات الفص الايسر
في الاخصاء الاول	١٠٩	١٨
« « الثاني	٠٤٦	١٠
« « الثالث	١٠٤	٢٥
« « الرابع	٠٨٠	١٦
	٣٣٩	٦٩

فالنسبة والحالة هذه بين خراجات الفصين الايسر والايمن تعادل ما يقرب من عشرين في المائة . لذا كان في استطاعتنا ان نقول ان المتحولات في الفص الايسر ليست وفيرة فيه سيما اذا اتخذت سطح الكبد السفلي مقراً لنموها . عندها يكون وقوعها اقل بمرتين مما لو حدثت في سطحه المحدب .

[1] نشرت هذه المشاهدة في مجلة امراض البلاد الحارة التي تصدر عن باريز في جزئها السادس من سنتها السابعة (١٩٢٨ م)

لهذا كانت مشاهدتنا عظيمة الفائدة من الوجهة العلميـــة سيما اذا تصورنا مبلغ الصعوبة التي لاقيناها في تحديد الكبد في المراق الايسر حيث قد احتفرت لها جوفاً قيحياً التهابياً ·

المشاهدة : امرأة مسلمة في الاربعين من العمر دخلت المستشفى العـــام بدمشق في الخامس والعشرين من شهر كانون الثاني عام ١٩٢٨ وهي تشكو ألماً في الناحية الشرسوفية ألمّ بها منذ خمسة عشر يوماً · كما انها اصيبت في خـــلال هذه المدة بحمى (ذات شكل بردائي) تراوحت درجة حرارتها بين ٣٦ و ٣٩

لدى فحص المريضة مضطجعة على ظهرها يشاهد في اعلى عضلة البطن المستقيمة وايسرها ازاء الحافة الضلعية ورم بارز قـــدر حفنة [1] الكف يختفي معظمه حين اجلاس المريضة ، ولدى جسه يرى انـــه صلب غير متحرك تحت سطح عضلي متقفع جداً (contracturé) ·

كنا عندئذ امام ورم في وحشي الناحية الشرسوفية وايسرها ، لذا يترتب علينا ان نفحص كل عضو من اعضاء هذه الناحية التي بامكانهـــا ان تورث هذا التورم :

ان خلو مريضتنا من الاختلالات الهضمية حدا بنا الى نفي آفات الكولون المعترض والمعدة ، كما ان وضوح مسافة تراوبـــه لدى القرع لوانا عن التفكير بآفات الطحال · وقد حكمنا آنئذ انه لا آفة كبدية هناك لأن قرع الكبد في ناحية الفص الايمن — وهي الناحية القريبة المأخذ — لم يبدِ لنـــا ادنى زيادة في حجم هذا العضو ·

(١) الحفنة : ملء الكف فهي تلائم اذن كلمة (La paume)

اصبح موقفنا الاخير بعد ما نفينا هذه الآفات جميعها امام نظرية لا بد من وضعها وهي « خراج ما تحت الحجاب »لأن نصف الصدر الايسر يبدي تفاعلاً في وريقة الجنب متظاهراً بقليل من الصمم ، وبتناقص في الخفيف التنفسي ، واحتكاك واضح في الجنب ·

ولكن هذه النظرية التي وضعناها كانت احتياطا لفحص شعاعي يجلو لنا الامر ويبين موضع الافة على وجه الضبط ·

لم يعد بعد الفحص السريري هذا من مندوحة عن فحص الدم ، هذا الفحص الذي وافانا بعد مدة وجيزة يحمل بين طياته معلومات ضافية يؤخذ منها ان هنالك خراجاً حاراً ·

فحص الدم [1]

عدد الكريات الحمراء	٤،٣٠٠،٠٠٠
〃 〃 البيضاء	١٦،٤٠٠
〃 〃 الكثيرة النوى المعتدلة	٨٣ ٪
〃 〃 الوحيدة النواة	١٧ ٪

ولم يشأ الفحص الشعاعي (radioscopie) ايضاً ان يحرمنا الفوائد الجزيلة التي ساعدتنا في كشف غوامض هذه القضية : اذ شاهدنا ظلاً مستديراً في اسفل نهاية الكبد اليسرى [٢] ·

اما علامات الجناب التي ذكرناها فلا علاقة لها بالآفة الحالية بل يستدل

---

(١) اجرى هذا الفحص الاستاذ الحكيم احمد حمدي الخياط والحكيم حسني سبح

(٢) قام بهذا الفحص الاستاذ الحكيم طاهر عبد المؤمن

انها آفة قديمة تجهل المريضة نفسها مصدرها ·

بعد وضع التشخيص على نحو ما ذكرنا نمر الى العملية

العملية : خدرت المريضة بالاثير واجرى الشق على قمة الورم : وبعد اجتياز العضلة المستقيمة وتنحيتها بلغنا غمد العضلة الخلفي الذي كان ملتصقاً بنسيج الكبد ثم اجرينا البزل في ملء ملحمة (برنكما) الكبد فسال مقدار من القيح يبلغ زهاء مائة غرام ·

بناء على ما تقدم يلاحظ ان الفحص الشعاعي وحده هو الذي حدد مقر الالم وذلك لان الجوف المتقيح قد استكن في وجه الكبد السفلي ، غير ان ظل الخراج الذي شاهدناه على الدريئة كان اكبر من حجمه الطبيعي لأن مرتسم الخراج يقع اكبر من الخراج نفسه بعد توجيه اشعة متباعدة اليه ، وهكذا اذا اضفنا الالتصاقات الكائنة ما حول الخراج يتراءى لنا سر سعة نطاق الظل على الدريئة (écran) ·

اما لو كان التقيح متناولاً سطح الكبد العلوي فلا تستطيع اشعة رونتجن ان تهدينا الى حقيقة تشخيص الآفة ·

حقاً انه لم يكن لدينا سريرياً ورم بطني ، ومع ذلك لم يكن هذا الورم في موضعه المألوف اي في الناحية الشرسوفية بل كان يميل نحو انسي مسافة ترو به ، كما انه لم يكن هذا لورم خراجاً في الطحال لانه يشترط حينئذ ان يكون الطحال ضخماً وان يشمله الصمم في الناحية الهلالية ·

وكان لنا ان نتردد في عزو التقيح الى الكبد استناداً على ان هذه لم يزدد حجمها ازدياداً محسوساً في اي نقطة من نقاطها · كل هذا من جهة واذا اضفنا عدم شكوى

المريضة لألم ما في الكتف اليسرى وهو العرض القيم الذي يخدمنا كثيراً في تشخيص خراج الكبد والذي لم يستثنه العلماء في خراجات الفص الايسر او بالاحرى متى كان فص الكبد الايسر موءوفا كان ذلك باعثا كبيراً لتقويض كل فكرة من شأنها ان تحملنا على الظن ان هناك آفة في الكبد ·

واخيراً ان تظاهر التهاب قديم في الجنب الايسر والذي لا يمت الى الآفة الحالية بصلة ما قد اضلنا كثيراً عن جادة التشخيص واورث لنا الصعوبة والتشويش في درس المرض وتتبعه ·

هذه مشاهدتنا نأتي على نشرها ونحن واثقون بانها اهل للنشر تعود على الاطباء والمطالعين بالفائدة المتوخاة في تتبع امثال هذه المشاهدة العلمية التي أقل ما يستثمر منها انها تفتح مع غيرها مجالاً للتقصي في القضايا الطبية التي لم تزل بعد تموج في بحر من الغموض ·

نقلها عن الفرنسية
الطالب السيد مسلم القاسمي



نتائج المداواة بالستوفرسول السريرية والحيوية في ١٢٥ حادثة فلج عام

للحكيمين الاستاذين

سزاري و أ . باربيه

ترجمها الحكيم الاستاذ سامي الساطي

بدأنا بالبحث عن تأثير الزرنيخ الخماسي القوى الدوائي في الفلج العام منذ سنة ١٩٢١ وقد نشرنا ما اختبرناه خلال ثلاثة اعوام سنة ١٩٢٤ . وقد قام اليوم كثير من الاطباء يناصرون هذه الطريقة واعلن فور باس ان الستوفرسول افضل علاج كيماوي للفلج العام . لم تنتشر هذه الطريقة على الرغم من مناصريها والقائلين بفائدتها و يعود ذلك الى عدة اسباب اهمها خشية المتمرنين من طروء التهاب العصب البصري وهو عرقلة تهدد المرضى الذين يعالجون بمشتقات الزرنيخ الخماسي القوى وقد تحققنا هذا الخطر لما استعلمنا طريقتنا الاولى القائمة بحقن الوريد بمقادير كبيرة من الزرنيخ ونبهنا لذلك تنبيهاً شديداً .

ولم تبدُ لنا اضطرابات الرؤية لما باشرنا استعمال الستوفرسول الا بصورة شاذة ولم يلاحظها من استعمل هذه الطريقة بعدنا . وهذا ما دعانا الى تغيير طريقتنا القديمة اجتناباً لهذه العرقلة فبدلاً من ان نحقن مرضانا بـ ١٦٥ ستوفرسول ثلاث مرات في الاسبوع اخذنا نحقن تحت الجلد بغرام واحد في كل مرة ولما كان المقدار اللازم الذي يجب ان نحقن به المصاب في السلسلة

الدوائية الاولى ٢١ غراماً فقد وزعنا هذا المقدار على ٢١ مرة بدلاً من خمس عشرة مرة . وكنا اذا تراءى لنا ان التحسن مستمر نزيد عـدد الحقن الى الثلاثين فما فوق .

ويجب ان تعاد السلاسل الدوائية مراراً على ان يفصل بين الاولى والثانية منها فترة مدتها شهر كامل . وقد استعملنا هذه الطريقة في كثير من الحادثات لم يقع فيها اقل اضطراب في الرؤية .

ذكر طريقتنا وناقشها كثير من المؤلفين وقـد شوشها بعضهم تشويشاً مؤسفا لانه من الخطاء، على رأينا، ان يظن ان استعمال اي علاج من مشتقات الزرنيخ الخماسي القوى ولو كانت الكمية واحدة يفضي الى النتيجـة نفسها التي تنجم من استعمال الستوفرسول . وقد قايسنـا بين الستوفرسول والارزاستين (arsacetine) ومشتق فورنو ٢٤٠ فبدا لنا ان العلاجين المذكورين اقل تأثيراً من الستوفرسول ولا سيما الـ ٢٤٠ الذي لا يفيد في التهابي السحايا والدماغ الزهريين كالاول لذلك كان من الواجب الاّ يستعاض عن الستوفرسول بعلاج آخر من مشتقات الزرنيخ الخماسي القوى وقد لامنا احد الاطباء سنة ١٩٢٨ واتهمنا باننا نخلط بين الستوفرسول والارزاستين وهو يلصق في الحقيقة هذه التهمة بنفسه لأننا بينا سابقـاً الفرق بين العلاجـين ونشرنا نتائج ابحاثنا في السنتين ١٩٢٥، ١٩٢٦ .

يستعمل بعض متخصصي الأمراض العصبية والروحية الستوفرسول مع عامل دوائي آخر كحقن دملكوس (Dmelcos) والتلقيح بالبرداء . ويميل البعض الى الاعتقاد بان الفضل في النجاح يعود الى اللقاح المضاد للقرحـة او الحيهوين

الدموي وحده · ولا نعلم ما اذا كان الدملكوس وحده يفيـد المصاب بالفلج العام ام لا فان اختباراتنا التي اجريناها قبل ان ينشر سيكار ابحاثه لم تفض الى نتيجة · ولا نعتقد ايضاً ان طريقة واغنر وفون جورغ مفيدة في الغالب كما اثبت ذلك الاستاذ كلود ومن بحث هذا البحث بعـده من المؤلفين · ونعتقـد ان الستوفرسول وحده كاف لتحسين كثير من المصابين بالفلج العام فـاذا لم تظهر فائدته بعدشهر الى ثلاثة اشهر جاز لنا استعمال احدى الطريقتين المولدتين للحمى وما الفائدة من استعمال طريقتين معاً قد ينجم من احداهما بعض الخطر وقد تكون اولاهما كافية ·

وتمكنا في جميع الحادثات التي عالجناها بالستوفرسول ان نعرف ما ستكون النتيجة قبل انتهاء سلسلة الحقن الثانية · فاذا لوحظ ان هذه الطريقة وحدهـا ليست كافية جاز اشراكها بطريقة اخرى ·

نبدأ بذكر النتائج التي حصلنا عليها في مرضانا من الوجهتين السريرية والحيوية بعدان جئنا على ذكر النقاط العامة · ولسنا نريد ان نكرر بعض التفصيلات التي نشرناها فيما مضى فعلى من يرغب في التوسع ان يطالعها ·

عالجنا بالستوفرسول منذ عام ١٩٢١ ، ١٢٥ حادثـة فلج عام ولم ننتخب مرضانا بل عالجنا المصابين على السواء وكانت حالتا بعضهم العقلية والجسديـة سيئتين جداً ·

نصنف مرضانا ثلاث زمر حسب الشكل السريري الذي يبدو به المرض يدخل في الزمرة الاولى المصابون بتنبه روحي او بهذيان غروري وفي الزمرة الثانية المرضى المصابون بضعف الادراك وفي الزمرة الاخيرة المعتوهون ·

وقد بدت لنا ضرورة هذا التصنيف لان النتائج تختلف باختلاف الشكل السريري ولان هذا التصنيف يساعد على مقارنة المداواة بالستوفرسول بالطرق الاخرى المتبعة التي لا يسوغ استعمالها في كثير من المدنفين المعتوهين ·

وكان عدد المصابين بالفلج العام مع تنبه ٣١ شخصا افادت فيهم المعالجة فائدة حسنة فقد استفاد منهم عدد تعادل نسبته ٦٨ في المائة استفادة صريحة وقد تمكن بعضهم من مزاولة اعماله التي كان بعضها دقيقا (وذلك دليل قاطع على حسن النتيجة) وتعادل نسبتهم ٥٥ في المائة وشفي بعضهم (بنسبة ٤٥ في المائة) شفاء تاماً دون ان يبقى فيهم اقل عرض وقد ظل بعضهم (١٠ في المائة) يشكو اعراضاً منفردة كوهن الوجه ، وارتجاف اللسان · وكانت النتيجة حسنة بعض الحسن في البعض (١٣ في المائة) فقد ظلوا مصابين ببعض اختلال في الشعور وبعض انخفاض في الادراك وقد كانت النتيجة سلبية وغير كافية في البعض (٣٢ في المائة) ·

وكانت النتائج في ٤١ مفلوجاً مصابين بضعف الادراك حسنة (من الزمرة الثانية) في عدد تبلغ نسبته (٥ ، ٥٨ في المائة) وحسنة جداً في ١٧ بالمائة وتامة في ٢٢ بالمائة وحسنة بعض الحسن ١٩ بالمائة وكان للتحسن بعض الاثر في ٥ ، ٤١ في المائة ·

وكانت النتائج في ثلاثة وخمسين من مرضانا وهم من الزمرة الثالثة سلبية فقد فهم ان تأثير الستوفرسول في هذا الدور قليل جداً لان الآفات الدماغية فيه شديدة فقد تحسن بعض هولاء المرضى بنسبة (٤ ، ٢٦ في المائة) تحسنا جيداً (٤ ، ٩ في المائة) ولم يجن ٥ ، ٣٧ منهم اقل فائدة · وقد تحسن بعض هؤلاء المرضى

مع انهم كانوا مصابين باضطراب الملكات العقلية والقوى الجسدية اضطراباً عظيماً فاستغربنا ذلك اي استغراب . وقد لاحظ ترنل (Trénel) وماسكن (Masquin) هذه الملاحظة نفسها .

يستنتج من ذلك ان تاثير المداواة بالستوفرسول يختلف اختلافاً بينا بالنسبة الى الشكل السريري . ويجب ان يلاحظ اختلاف نتائج هذه الطريقة الدوائية بالنسبة الى الشكل السريري حين مقارنتها بالنتائج التي يحصل عليها في استعمال طريقة المداواة بالبرداء فلا يجوز استعمال الطريقة الاخيرة الا في من كانت بنيتهم قادرة على مقاومة البرداء . ولم يكن استعمالها جائزاً في ٥٣ من مرضانا المعتوهين الا نادراً فاذا اردنا المقارنة بين نتائج هاتين الطريقتين ولاحظنا ما كان عائداً منها الى الشكلين السريريين الاولين ظهر لنا ان التحسن واقع في ٥ ، ٦٢ في المائة ولا جدال فيه وقد تمكن بعضهم ٥ ، ٤٧ في المائة من مزاولة اعماله . وقد خابت هذه الطريقة في ٥ ، ٣٧ في المائة .

يلاحظ مما اسلفناه ان مقارنة هذه الطريقة بطريقة المداواة بالبرداء جائزة وتمتاز هذه الطريقة بعدة امور : فهي اولاً اقل خطراً وثانيا سهلة الاستعمال لاتحوج المريض الى الاقامة في مستشفى او في مصحة ولان استطباباتها اكثر ايضا اذ يجوز استعمالها في اشكال العته وفي المدنفين ولا نجيز لانفسنا الحكم في استمرار النتيجة لاننا لم نر بعض مرضانا بعد ان غادروا المستشفى ولا نعرف ما اذا كانت حالتهم قد ساءت .

وقد تبين لنا من المرضى الذين تمكنا من متابعتهم (وبعضهم منذ سنة

١٩٢٣ و١٩٢٤)ان التحسن قد استمر فيهم سواء استعملوا المداواة الداعمة التي اوصينا بها (٣ سلاسل حقن في السنة) بصورة منتظمة او بدون انتظام ام لم يستعلموها البتة وكان عدد هولاء الاخيرين قليلا جداً وهم الذين غابوا عن اعيننا ٠

وقد استمر التحسن سنتين او ثلاث سنوات في مرضى لم تستعمل لهم اي مداواة داعمة ٠ وقد نكس المرض في مريض اهمل اتباع مداواته وقد تحسن على اثر حقنه بسلسلة فترك المعالجة مرة ثانية فنكس مرضه ولم يجده الستوفرسول شيئاً في هذه المرة ٠

ولا بد لنا من المثابرة على التجارب وانتظار امد طويل لكي يجوز لنا الحكم في مستقبل مرضانا المعالجين بالستوفرسول ويكون حكمنا صحيحاً ٠ وقد مات من مرضانا عدد قليل احدهم على اثر سكتة (ولم يستعمل المداواة الداعمة بعد ان تحسن) وقد مات ثلاثة منهم على اثر ازدياد الدنف فيهم ازدياداً مستمراً ولم يستفيدوا الا فائدة جزئية ٠

(للبحث صلة)

التهابات المعثكلة الجراحية

(Pancréatites chirurgicales)

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

لا تزال جراحة المعثكلة محدودة لان عمق هذه الحشا ومجاوراتها تعيد تشخيص افاتها وجراحتها مستصعبة كما ان وظيفتها المهمة تعيد ادواءها خطرة . غير اننا اذا قلنا ان جراحتها مستصعبة فلا نعني انها متعذرة فقد خزعت المعثكلة خزعا بسيطا او خلال الاثني عشري لاستخراج حصاة منها . وقد قطع بعضها او استئصلت كلها في بعض الحالات متى نبت ورم عليها غير ان هذه العمليات لا تزال نظرية اكثر مما هي عملية وقد كان لها نصيب وافر من الدرس في الجراحة الاختبارية والجراحة العملية على الجثث اما نتائجها في الاحياء حينما كانت تجرى ولم تكن تجرى الا نادراً فليست مما يشجع الجراحين على اجرائها .

واذا نظرنا الى واقع الحال عرفنا ان العمليات التي تجرى على المعثكلة لاتخرج في اكثر الاوقات عن دائرة ضيقة كاستئصال كيس او خياطة جداره بالجلد (marsupialisation) او تحفيض (drainage) خراج او تحويل الصفراء او محتوى الامعاء لان رأس المعثكلة يعوق محتوى المرارة او الاثني عشري عن الخروج او لان تعفنات المجاري الصفراوية تؤثر في المعثكلة . فهذه العمليات جميعها التي ذكرتها لا تستدعي الاسراع لانها تدع الجراح وقتا للتفكير .

غير ان من آفات المعثكلة ما يستدعي العملية الجراحية السريعة نعني به الالتهابات الحادة وهي آفات ليست كثيرة الوقوع والحمد لله فان بروك (Brocq) لم يجمع منها في بحثه الذي قام به لاحراز ترشيحه للاستاذية سوى ٣٤٠ مشاهدة ٠ ولعل القارىء الكريم لا يرى منها حادثة واحدة غير انه اذا ما صادف حادثة وكان عليه ان يبدي رأيه فيها ولو مرة واحدة في الحياة وجب عليه ان يشخصها وان يجزم جزما سريعا بالتوسط الجراحي لانه وسيلة النجاح الوحيدة ٠

انني اصف الآن المشهد الذي يظهر به المرض عادة : رجل في العقد الرابع من عمره سامن في الغالب يعتريه بعد ان يكون قد ملأ معدته بالاطعمة ألم شرسوفي واخز يمتاز بشدته ولربما انتشر هذا الألم الى المراق الايسر او الحفرة فوق الترقوة اليسرى ويأخذه في الوقت نفسه حصر (angoisse) وتزرق شفتاه ويبلل جسده عرق بارد ويتجه الى الوهط (collapsus) وكل هذا دليل على شدة الخطر الذي يشتد ساعة فساعة ويستمر الألم عوضاً عن ان يخف وينتاب المريض نوباً لا يكاد المورفين نفسه يخفف شدتها ٠ والنبض الذي كان في البدء طبيعياً يسرع ويضعف توتره ولا تعلو الحرارة الى اكثر من ٣٨ وربما ظلت طبيعية او هبطت عن الدرجة الطبيعية ٠ ويقيء المريض الطعام فالصفراء وتنحبس المواد الغائطة والغازات فيه بعض الانحباس ويتطبل البطن وقد ينكمش ويؤلم بالجس ويصعب فحص المريض لانه يتألم وربما اعترته ابالة (anurie) ٠ فمتى بدا هذا المشهد للطبيب فكر ولا شك اولا في انثقاب قرحة معدية اثني عشرية او في انسداد معوي حاد ودله اختباره ان المريض مستهدف لخطر عظيم وانه لا بد من التوسط الجراحي لكشف السبب ٠ فيفتح الجراح البطن ولكن ماذا يرى ؟ انه

لا يكاد يرى شيئا في البدء متى فتح البطن بعد ظهور هذه العوارض ببضع ساعات : فالعرى المعدية متمددة غير انه لا انثقاب قرحة ولا انسداد كما كان يتوهم . ولكنه اذا عاين الاحشاء معاينة دقيقة يرى على مسير الكولون الايمن كمية من المصل المدمم نازلة نحو الحفرة الحرقفية اليمنى واذا ماتتبع هذا المصل في منشاءه وصل الى الجوف الخلفي للثروب والى المعثكلة فيبدو له ان هذه الغدة مصابة بالتهاب نزفي . واما اذا اجلت العملية الى ما بعد الساعة السادسة عشرة وهذا ما يقع غالبا فتظهر على الثرب والماسار يقا رواسب بيضاء شبيهة ببقع الشمع فيشخص المرض حينئذ فاذا ما مزق الثرب الصغير بدا انصباب دموي مالئ لجوف الثروب الخلفي وظهرت المعثكلة متوذمة مرتشحة كلها او بعضها بدم . فلا يكون الامر سوى التهاب المعثكلة النزفي الحاد مع تنخرشحمي (pancréatite hémorragique aigue avec stéatonécrose) . فيحفض الجراح بعد ان يكون حرر الغدة من غلافها هذا الدموي ولا تقل الوفيات على الرغم من العملية عن ٧٨ — ٨٠ بالمائة ويقع الموت بعد التوسط الجراحي ١٨ — ٢٤ — ٤٨ ساعة .

والتهابات المعثكلة هذه عقيمة لا جراثيم فيها .

هذا هو مشهد التهاب المعثكلة الراعب الذي وصفه ديولافوا ولا ينساه الطبيب ابداً بعد ان يراه ولو مرة واحدة لان اثره ينطبع في مخيلته .

وقد يسير المرض سيراً سريعا للغاية حتى ان الوقت لا ينفسح للتوسط الجراحي بل يموت المريض فيذهب في سبب موته مذاهب متنوعة .

وقد وصف بعضهم الشكل الطبي الشرعي من التهاب المعثكلة الحاد النزفي وما هو الا سكتة معثكلية حقيقية .

ولربما دعي الطبيب الى مريض فرأى فيه مشهداً يقارب المشهد السابق وهذا نادر : ألم سرسوفي كانه ضربة الخنجر ، فواق ، قيء ، علامات صدمة شديدة ، حرارة متفاوتة الارتفاع ربما تكون قد تقدمتها عرواء ، تقفع جدار البطن واضح فوق السرة ووراءه كتلة عميقة منتشرة .

وبعد فتح البطن ترشد الاعراض الجراح الى البوءرة المعثكلية حيث يرى انصبابا دموياً متعفنا فيه بعض قطع مائتة من الغدة وهذا هو التهاب المعثكلة المتقيح متى كانت الجراثيم المقيحة العادية سببه او التهاب المعثكلة المتغنغر متى كانت الجراثيم اللاهوائية سببه . ولا حاجة على ما ارى الى ذكر خطر هذه الحالات التي تسوق المريض الى الموت بالتهاب الخلب او تعفن الدم .

يستنتج اذن ان التهابات المعثكلة الحادة نوعان ، الالتهاب النزفي والالتهاب المتقيح وان الالية في كليهما واحدة وهي موات المعثكلة الذي يظهر واضحا في مشهد الالتهاب النزفي كما ذكرنا وهو موات لا جرثومي له اشكال سريرية عديدة تابعة لاتساع الافة منذ الشكل المميت بعد بضع ساعات حتى الشكل الخفيف الذي يتصف بألم شرسوفي خفيف ومنها الانصباب الدموي المتكيس الذي يجب تمييزه عن اكياس المعثكلة .

ومتى تعفنت الافة كان التهاب المعثكلة المتقيح وفيه اشكال ايضا منذ النوع الحاد او الفائق الحدة الذي يميت بسرعة حتى النوع البطيء الذي يفضي اخيراً الى خراجة محدودة .

هذه هي النظرية الحاضرة . غير ان بعض المؤلفين يفصلون فصلاً واضحاً التهابات المعثكلة النزفية اللاجرثومية عن التهاباتها المتقيحة . كما ان البعض الاخر

يعدُّ الالتهابات الثانية نوعاً من الاولى ومنهم من يقول ان الموات سبب التعفن في كلتا الحالتين · فهذا التباين في الاراء دليل على ان الحدود التي تفصل الموات الحاد اللاجرثومي المتصف بالنزف وببقع الشمع عن الالتهاب المتقيح او المتغنغر ليست واضحة ·

والامر الذي لا شك فيه هو كون الافة خطرة في كلتا الحالتين ولعلها اقل خطراً في التهابات المعثكلة المتقيحة لانها ليست سوى عرقلة لنوبة التهاب نزفي فائق الحدة غير ان الذين يعالجون معالجة جراحية وبدون تاخر ليس شفاوءهم حقيقياً لانهم قد يموتون ولو كان الجيب قد حفض تحفيضاً جيداً بالدنف المتزايد ·

ترى بالمعاينة النسيجية بعد هجمة التهاب المعثكلة النزفي في ثلاثة اشياء : النزف والموات (حيث الجزر المائتة السنجابية المصفرة تباين البوءر النزفية) وموات النسيج الشحمي · وهذا الموات الاخير يعقب النزف لانه يبدو بعد ظهور الافة بست عشرة ساعة ويتصف بتبقع المعثكلة والثر بين الكبير والصغير وسطح المعدة ومعلقة الكولون والماساريقا الخ اعني حيث تكون خلايا شحمية ·

قلنا ان العامل الاساسي هو الموات الذي يحدث اولاً نزوفاً (وان معرفتنا للحلقة الشريانية ولطرز تشعب الاوعية في العضو يعلل لنا اهمية هذا العرض) ثم الموات الشحمي ·

ولكن ما هو سبب هذا الموات ؟ ان هناك فكرتين لتعليل هذا الحادث :

١ً — الفكرة الوعائية بانسداد اوردة المعثكلة غير ان الانسداد وحده لا يكفي ولا بد من اشراك عصارة المعثكلة في الامر لتعليل الانهضام

الذاتي الذي يصيب هذه الغدة ·

٢ً — الفكرة القنوية (théorie canaliculaire) بـدخول الصفراء في القنوات ·

بين بروك وموءازروه بعد ان اوحى دالبه اليهم هذا الامر ان احداث جميع الاشكال التي تشاهد في السريريات مستطاع في الحيوان بعد حقنه بالصفراء · على ان تكون المعثكلة في زمن الافراز اي محضرة بطعام سابق · فالصفراء التي تحقن بها الانابيب المفرغة تنشط في هذه الحالات خمائر العصارة المعثكلية ولا سيما الهضمين الثلاثي (tripsine) الذي لا يهضم المعثكلة في الحالة الطبيعية ·

والمنشط الطبيعي للهضمين الثلاثي هو الخميرة المعديـة (entérokinase) في عصارة الامعاء غير ان خمائر اخرى منها خمائر راجبيات (bactéries) الكريات البيضاء تتصف بالصفات نفسها ·

فالتجزوء الخلوي الذي يحدث بملامسة الصفراء يفضي الى تكوين خميرة خلوية (cytokinase ، فينجم من هذا نشاط معتنف (indirecte) في مولد الهضمين الثلاثي (tripsinogène) ·

وبينا الهضمين الثلاثي يهضم نظائر الاح (albuminoïdes) نرى عصارة المعثكلة المنشطة قد خرجت خارج العنبات الغدية وهضمت الغدة ووصلت الى النسيج الشحمي حول المعثكلة فتهب الخميرة الشحمية (lipase) بملامستها لهـا حينئذ الى العمل وتجزىء الشحوم صانعة منها صابوناً غير ذواب يجتمع عقيدات بيضاء كانه بقع شمع ·

هذا هو إمراض(pathogénie)هذه الحوادث: فالصفراء هي التي تحدث تنخراً مبدئياً ٠

وليس لخميرة المعثكلة الثالثة نعني بها خميرة النشا (amylase) اقل دور في هذا التجزوء ٠

ولكن كيف تصل الصفراء الى المعثكلة ؟

كثيراً ما يشترك في السريريات رمل المرارة او القناة الجامعة مع التهاب المعثكلة ٠ لان حصاة تدخل مجل فاتر او ضغطاً شديداً موقتاً يحدث في مجاري الصفراء يكفي لاعادة الصفراء الى المعثكلة وكذلك القول في تشنج عاصرة اودي (Oddi) الصادر من المرارة فانه يفضي الى النتيجة نفسها ٠ وربما أُصيبت هذه العاصرة بنهي فعاد محتوى الاثني عشري بتأثير انضغاطه الشديد في ذلك المعى حين القيء او لركوده فقط بقناة ويرشنغ (Wirsung) او بالأحرى بقناة سنتوريني Santorini) التي لا عاصرة لها ٠

واذا كان للجراثيم فعل مساعد على حدوث هذه الآفة فليس وجودها امراً واجبا ٠

وقد دلّ الاختبار انه لا بدّ من التفكير قبل كل شيء بالمصدر الصفراوي (وذلك في نصف الحوادث) فاذا لم يكن رمل صفراوي وجب الالتفات الى المصدر المعوي (التهاب الاثني عشري مع تشنجه وعودة السائل) واذا لم يكن شيء من هذا قبل المصدر الوعائي (التهاب الوريد مع خثرة او صمامة) او التعفن ومهما يكن فان تنشيط المضمين الثلاثي الذي لا بد منه في حدوث هذه الآفات ينجم من خميرة خلوية منشأها بوءرة تنخر او من خمائر كائنة في الجراثيم او

الكريات البيضاء ٠

وقد يكون التنخر منذ بدئه منتشراً عاماً فينجم منه الموت، أو يتغلب النزف فيه فينجم منه انصباب دموي متكيس ٠ او يسير عامل التنخر هـذا فيكون نواة التهاب معثكلة مزمناً فقط قد تنجم منه في المستقبل نوبـة التهاب معثكلة حاد او سبباً في التهاب المعثكلة المتقيح او المتغنغر ٠

والعوامل التي تسبب الموت هي تظاهرات صدمة عصبية (الضفيرة البطنية المعوية (plexus cœliaque) او صدمة تسممية ناجمـة من تجزوء خلايا المعثكلة ٠

يقول بروك وبينه : ان التهـاب المعثكلة النزفي هو انهضام ذاتي اذا نظرنا الى سببه وتسمم ذاتي اذا نظرنا الى نتائجه ٠ وهناك مبدأ آخر يعلل بـه الامر وهو الصدمة التنوآئية (anaphylactique) ٠

ومتى انفسح الوقت لاستجواب المريض جيداً او متى استقيت من اهله المعلومات الكافية عرف ان النوبة الحالية قد تقدمتها فيما مضى سلسلة من النوب الخفيفة الموءلمة ٠ وكل نوبـة كانت تناسب خروج كمية قليلة من عصارة الغدة فيعود المريض بعد هذه النوب المتتابعة محسساً حتى اذا جاءته هجمة جديدة احدثت فيه التهاب المعثكلة النزفي ٠

التشخيص : قلت آنفاً ان تشخيص التهاب المعثكلة الحاد مستصعب جداً لان الطبيب قلما يفكر في المعثكلة ولان المشهد السريري يلتبس بسهولة بمشهد امراض بطنية اخرى ٠ وقد ذكرت منها انبثاق القرحـة او انسداد الامعاء الحـاد واضيف الان انثقاب المرارة والتهاب الذيـل الدودي الحاد وخثرة

الاوعية الماساريقية ٠

غير ان التقفع في الناحية الشرسوفية هو القاعدة المطردة في انثقاب القرحة اما في التهاب المشكلة فان تطبل هذه الناحية مشترك ولا سيما في البدء مع ليان البطن لياناً نسبياً ٠ ولا يصادف هذا البطن الخشبي الذي نراه في التهاب الخلب

ويسرع النبض وتعلو الحرارة سريعاً في التعفن اما في التهاب المشكلة النزفي فتكون حالتهما كما في التسمم فالنبض يكون اولاً هادئاً ولا يسرع ولا يصغر الا بعد بضع ساعات والحرارة تبقى طبيعية او تنخفض وقلما يكون الألم مستقراً في نقطة معينة فهو ينتشر الى الضفيرة البطنية المعوية جميعها ٠ وسوابق المريض تدل على انه مصاب بافة كبدية لا معوية ٠

وفي انسداد الامعاء يقف جريان الغائط والغازات اما في التهاب المشكلة فليس وقوفها امراً متحتماً لان خروج الغازات مستطاع وسهل بعد استعمال وسائط بسيطة (كالحقن الشرجية وسوى ذلك)

ويبقى التطبل منحصراً في الناحية الشرسوفية والألم الرامح مستمراً غير متقطع في التهاب المشكلة اما في انسداد الامعاء فهو يأتي متقطعاً كالقولنج ٠

وخثرة الاوعية الماساريقية تشابه كثيراً التهاب المشكلة فالالم شديد فيها لا يسكنه المورفين غير ان بدءها ليس فجائياً وشديداً ومقر الالم فيها حول السرة لا في الناحية الشرسوفية دون انتشار الى الحفر القطنية ٠

ولا يلبث التغوط المدمم في الحالات التي لا تشذ عن القاعدة ان يظهر فيدل على التشوشات الدورانية التي طرأت على الامعاء بسبب الخثرة ٠

ومتى كان التهاب المشكلة النزفي خفيف الحدة او متى كان متقيحاً و بطيئاً وجب

تمييزه عن الاورام فان انصباب الدم قد يبرز بين المعدة والكبد او بينها و بين الكولون كما يبرز الورم المتقيح · فنفخ المعدة والكولون كافٍ لاثبات المقر العميق فمتى برز الورم في الاسفل تحت الكولون المعترض كان جسه وقرعه مباشرة ممكنين تحت الجدار ·

و يندر ان ينساب الخراج تحت الحجاب او ان يبرز في الناحية القطنية فيحمل على الظن بخراج حول الكلية ·

ومتى كان التهاب المثكلة مزمناً اعتمد في التشخيص على استقرار الألم في الناحية المثكلية الجامعة لشوفار او في نقطة ديجاردن على الخط السري الابطي غير انه لا بد من الاعتداد بالتبدلات التشريحية في الاشخاص · ويعد داليه النبضات الشرسوفية وهي نبضات الوتين التي تنقلها خلافاً للطبيعة مثكلة مرتشحة علامةً خاصة بالتهاب المثكلة متى قرنت هذه العلامة بمقر الألم وبالعلامات العامة الدالة على قصور المثكلة : القمه والهزال ·

ومهما يكن فالامر المهم الذي يعبأ به في الانواع الحادةهو التوسط الجراحي العاجل ومعرفة الآفات التي تسوق الجراح الى المثكلة وليس التشخيص نفسه ·

ومتى كان النوع جرثومياً يجب كشف البوءرة المثكلية باخصر طريق وتخفيضها بعد فتح الوريقة المصلية التي تغطيها دون اقل عنف لئلا يطرأ نزف خطر ·

وقبل ان يغلق البطن يستحسن الاستقصاء السريع في مجاري الصفراء مع تأجيل التوسط الثانوي الى حين آخر اذا كان ضروريا منعاً للنكس (كاستئصال المرارة او خزع القناة الجامعة متى كان رملٍ او اجراء عمل جراحي على المعدة

متى كانت هي السبب)٠

والشفاء متعلق بمتانة الشخص وشدة التسمم ومعــدل الموت ٧٠ — ٨٠ بالمائة في الانواع الشديدة السمية وفي السامنين الشحيمة قلوبهم ٠

وفي الانواع المتقيحة تكشف البوءرة بالطريق الامامي وتخفض باحافيض او ذبائل او ميكوليز ٠

المعالجة : متى شخص المرض كانت المعالجة جراحية ليس غير وبعد اجراء العملية يستحسن ان توقف المعثكلة عن الافراز باعطاء جرعــات صغيرة من اللفاح او اللفاحين (اتروبين) او بتعديل حموضة عصير المعدة بفحماة الصوده (لان مرور العصارة الحامضة الى الاثني عشري يدعو المعثكلة الى الافراز) واذا لم يمت المريض وتكون ناسور جفف بالوسائط نفسها المشتركة مــع الكي او الاشعة المجهولة ٠ واذا لم تجد هذه المعالجة نفعاً جرب قطع المجرى الليفي غير ان هذه العملية خطرة ومعقدة او جربت مفاغرتها بقطعة من الامعاء ٠

ويستدعي التهاب المعثكلة المزمن تحرير المجاري الصفراوية المنضغطة او مفاغرة هذه المجاري بالامعــاء او المعدة لكي يسهل انصباب الصفراء ســـفي انبوب الهضم ٠

هذه هي الامور التي قد يصادفها الطبيب عن المعثكلة والتهاباتها في اثناء ممارسته

جراحة الامعاء

للحكيم **لوسركل** استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

سنذكر في هذا البحث بايجاز التوسطات المتنوعة التي تجرى على الامعاء الدقيقة والغليظة مبينين استطباباتها وموردين القواعد التي تسير عليها هذه الجراحة ·

شق الامعاء (entérotomie) هو شق عروة معوية دقيقة لاستخراج جسم اجنبي منها · والاجسام الاجنبية عديدة منهـا المسمار او الدبوس الذي يبتلعه الاولاد ويتبع مسيره بالاشعة المجهولة حتى اذا وقف وجب نزعـه لئلا يثقب المعى فتنجم من الانثقاب عراقيل لا تحمد عقباها لان وقوفه دليل على انه غارز بالجدار · ومنها حصاة الصفراء التي تسبب الانسداد غير انه لابد من تحريك الحصاة وجرها الى ابعد من النقطة المتشنجة اي من مقر الانسداد لكي تستطاع خياطة الامعاء في مكان سليم · اذن يخزع المعى وبعد ان يستخرج منه الجسم الاجنبي تخاط العروة ·

خزع المعى (stomie): واذا لم يكن اغلاق الشق مستطاعاً او اذا قضت بعض الشروط كما في الانسداد الحاد بابقاء الشق تثبت العروة المنفتحة بالجلد فتكون فوهة تنفرغ منها المواد والغازات ريثما تكون قد عادت للمريض قواه فيفتح بطنه وينزع العائق · وهذه الفوهة التي تفتح في الغالب على القطعة الاخيرة من الدقاق (خزع الدقاق iléostomie) تكون ضيقة مـا امكن اجتناباً للخواء السريع الذي يصيب الشخص وتسهيلاً للترمم المقبل الذي يجب ان يكون

سريعاً ومنسداً فوراً وعلى الجراح ان يقصر المدة ما امكنه وان يضع بعد شق المعى مسبار نالاتون و يضيق الفوهة عليه فتبدأ المواد بالانصباب من المسبار ولا تتلوث ادوات التضميد و يتخرش الجلد بالمفرزات ·

خزع الصائم (jejunostomie) : يخزع الصائم متى كان سرطان شامل في المعدة او حرق متسع في الاقسام العليا من انبوب الهضم والغاية منه ادخال مسبار لتغذية المريض به في العروة الاولى من الصائم ·

قطع الامعاء (enterectomie) : ومتى اصيب قسم كبير من الامعاء بالموات كما في الفتوق المختنقة او الجروح الواسعة والعديدة التي لا نستطاع خياطتها دون ان تفضي الى تضيق او الاورام وجب قطع العروة المصابة ·

يجر القسم المراد قطعه الى الخارج على فراش من الرفادات الواقية و يفرغ من محتوياته بعصره و يوضع منقاشان اسنانهما لينة عند حدي القطع و بعيدين عنهما بضعة سنتمترات تسهيلاً للخياطة المقبلة · و يوضع منقاشا كوهر عند حدي القطع تماماً و يقطع المعى عند هذين المنقاشين الموضوعين عموداً على لمعة المعى او مائلين عليها لكي يكون القطع مبرياً وبريته في اتجاه الحافة الحرة من الامعاء · وهذا ما يضمن للقطعة إرواءً حسناً وندبة سريعة فضلاً عن ان سطح القطع يكون اوسع و يتحاشى به ضيق المعى ·

اما القطع المائل في اتجاه الحافة الماساريقية فقد يؤدي الى موات الجذمورين وتقطع الزاوية الماساريقية مع الانتباه ليكون قطعها اقل اتساعاً من قطع الامعاء بغية ان يكون ارواء المقاطع المعوية حسناً · وتربط الاوعية الماساريقية التي قطعت في اثناء العمل الجراحي ثم يخاط طرف الامعاء الاول بالثاني وتخاط

ايضاً شفتا الشق الماساريقي · اما الامعاء فتخاط وفقاً للظروف باحدى هـذه الطرق الثلاث : المفاغرة الانتهائية الانتهائية او المفاغرة الجانبية الانتهائيـة او الجانبية الجانبية · غير ان مفاغرة الامعاء لا تجرى بعد القطع فقـط بل يجب اجراوءها ايضاً بعد فتح البطن لانسداد معوي وتعذر ازالة العائق فتفاغر حينئذ الامعاء بعروة واقعة تحت العائق كما هو الامر في السرطان والسل وبعض التهابات الكولون الخطرة وهذا ما يسمى المفاغرة المحولة لانها تحول مجرى المواد من الامعاء الدقيقة او الاعور الى السين الحرقفي مباشرة وتمنع مرورها بالاقسام المريضة ·

وكنموذج لهذه المفاغرات نقدم مفاغرة الدقاق بالكولون (iléo transversostomie) او مفاغرة الدقاق بالسين (iléo -sigmoidostomie) وتختار في هذه الحالة المفاغرة الجانبية الجانبية · غير ان الغاية من هذه التحويلات لا يحصل عليها دائماً لان محتوى الامعاء الدقيقة لا يمر كله في السين فتنجم من ذلك بعض العوارض المسببة من اجتياز المواد للكولون او من ازدحامها فيه · ويظهر ان مفاغرة الاعور بالسين (cœco - sigmoidostomie) هي احسن واسطة في الركود المزمن لانها تخفض الكولون الايمن نحو المستقيم وتلطف وظيفة الكولون دون ان تحذفها لان لهذه الوظيفة اهمية كبيرة · واذا لم يكن بد من منع مرور المواد في قطعة معينة من الامعاء الغليظة يجب حذف هذه القطعة بتحويل مجرى المواد عنها حسب طريقة لان (Lane) في الركود المعوي المزمن · تقطع العروة الاخيرة من الدقاق ويسد طرفها السفلي ويفاغر طرفها العلوي بالسين الحرقفي مفاغرة انتهائية جانبية وهي اسهل اجراء وتعادل من جهة الوظيفة المفاغرة الانتهائية الانتهائية · غير ان هذا الحذف من جانب واحد لا يخلو من المحاذير لان محتوى الامعاء قد يعود

للكولون الى ما فوق المفاغرة حتى الى الاعور فيجب اذاً اجتناباً لهذا المحذور ان تقطع العروة المراد حذفها من طرفيها وهذا ما نسميه الحذف المزدوج فيترك احد طرفيها بعد خياطته في جوف البطن ويخاط طرفها الاخر بالجلد واذا كانت العروة منوسرة او اذا فتحت وخيطت بالجلد جاز اغلاق طرفي العروة وتركهما في جوف البطن ٠

ومتى تعذر استئصال عروة مصابة بالسرطان والسل كان حذفها مفيداً للغاية لان الافة يخف سيرها ويبطئ متى لم تعد المواد تمر بها وتخرشها ٠ ولعل هذا الحذف متى كانت الافة سلية كما في سل الاعور يفضي الى تحسن الداء وخفته فتعود عملية الاستئصال التي كانت متعذرة في البدء ممكنة بعد حين ٠

وتفتح هذه الفوهات ايضاً في الامعاء الغليظة كخزع الاعور (cœcostomie) وليس ذلك سوى نواسير يستطاع بها غسل الكولون في معالجة التهاباته المزمنة الخطرة او الحادة ٠ وخزع الاعور عملية ضرورية الاجراء ايضاً مفضلة على خزع الدقاق في حالة الانسداد الحاد متى كان فتح البطن مستحيلا وكان يصعب تعيين مقر العائق ٠ يصنع حينئذ شرج اصطناعي مع الامل بسده بعد حين فيعود مجرى المواد الى الانتظام وتكون تلك الفوهة كلولب موقت يفتح لمكافحة الحالة الخطرة الحادة ٠

ولكن اذا كان المراد اجتناب عوارض انسداد ممكن الحدوث او تضيق ورمي او ندبي اصاب الشرج واذا كانت الغاية تحويل مجرى المواد تحويلاً تاماً الى الخارج تحاشياً للتخريش الذي تحدثه في الامعاء يجب صنع شرج مضاد للطبيعة على الاعور او الكولون المعترض او الكولون الحرقفي حسب الحالات

سواء اعلى الخط النصفي او في احدى الحفرتين الحرقفيتين وهذا ما يدعو الى فتح شرج حرقفي ايسر في الوليد الذي لا يرى محل مستقيمه ·

ومنعاً للمواد الغائطة عن المرور من الطرف العلوي للعروة المفتوحة والمثبتة بالجلد الى طرفها السفلي يجب ايجاد ما نسميه المهماز · فالشرج الاصطناعي اذن على نوعين الشرج بدون مهماز وهو ما تكلمنا عنه حتى الان والشرج مع مهماز

وهذا الشرج اما ان يكون موقتاً او دائماً · فالموقت يصنع متى كان التهاب المستقيم او تضيق التهابي او ورم سرطاني فيه يستدعي الاستئصال وترميم فوهة الشرج كما كانت بعد حين ·

والشرج الثابت متى كانت القطعة السفلى من الامعاء قد استئصلت ولا سبيل الى ترميمها او متى كان سرطان المستقيم لا يستطاع استئصاله · وليذكر الجراح دائماً انبوب بولس الذي هو للكولون بمثابة مسبار نالاتون للامعاء الدقيقة

تثبيت الكولون (colopexie) هو تثبيت قطعة من الامعاء الغليظة كانت متحركة تحركاً غير طبيعي ·

فاذاوقعت العملية على ناحية الاعور سميت تثبيت الاعور (typhlopexie) واذا كانت حذاء الكولون الايمن او الزاوية الكبدية سميت تثبيت الزاوية (colopexie en équerre) و يستعمل في بعض حالات هبوط المستقيم تثبيت الكولون الحوضي ·

قطع الكولون (colectomie) هو استئصال قطعة من الامعاء الغليظة او ازالتها جميعها فقطع الكولون اذن نوعان قطع قسمي وقطع تام ·

فالقطع التام يجرى في سرطان الكولون والركود المعوي المزمن والتهابات

الكولون الخطرة وتوسعات الكولون فيقطع الكولون كله عـدا الكولون الحوضي الذي يفاغر به الدقاق · وهذه العملية قليل اجراؤها وخطرة نتائجها · لان الكولون ليس من الاعضاء التي يستطاع استئصالها بدون ضرر · فهو لا بد منـه لانقلاب المواد السائلة مواد صلبة ولاحتواء الغازات ولهذا تنقلب الامعاء الدقيقة كولوناً غير انها قبل ان تصل الى ذلك الحد وقبل ان يتم هـذا الانقلاب تعتري المريض اسهالات شديدة ٣٥ — ٥٠ مرة في اليوم وقولنجات ناجمة من توسيع الغازات للامعاء والالام شديدة وما ذلك الا لان الامعاء الدقيقة لم تخلق للتوسع فمتى طرأ عليها ذلك قاومت الامر فكان الالم ·

لهذا يجب ترك قطعة من الكولون دائماً لكي تقوم هي بهذا الدور · والابقاء على الاعور (اي اجراء قطع الكولون تحت الاعور حسب طريقـة لاردينوا) يستدرك ترمم الكيس الذي تحرك فيه المواد وتمتص ترمماً تدريجيـاً · وتجنى النتيجة نفسها بالمفاغرة الجانبية الجانبية التي تترك رتجاً كولونياً معداً للتوسع · ولنذكر دائماً ان لمصراع بوهن دوراً لا يستهان به فهو الذي يمنع عودة الغازات الى الامعاء الدقيقة فيجب الاحتفاظ به ·

القطع القسمي : يجب ان يميز فيـه الكولون الايمن عن الكولون الايسر · فالكولون الايمن نعني به الكولون الصاعد جميعه والكولون المعترض حتى ثلثه الاخير والكولون الايسر هو الثلث الاخير من الكولون المعترض وما بقي من الكولون حتى المستقيم ·

ومن الكولون ما هو متحرك (كالكولون المعترض والكولون الحوضي) ومنه ما هو ثابت (كالكولون الايمن حتى الكولون الايسر) فيجب تحريكه

قبل اي توسط جراحي ·

ومحتوى الكولون الايمن السائل بعض السيلان ليس ساما كمحتوى الكولون الايسر الجامد · واورام الكولون الايمن هي في الغالب اورام جسيمة نخاعية الشكل (encephaloïdes) غير انها غير مضيقة واورام الكولون الايسر هي سرطانات خيطية سادة يتوسط فيها لمكافحة الانسداد · ولهذا يستطاع استئصال سل الدقاق والاعور وسرطانات الكولون الايمن في زمن واحد واما اورام الكولون الايسر فيستحسن فيها على العكس الاستئصال جزءاً جزءاً في ازمنة عديدة ·

قطع نصف الكولون الايمن (hemicolectomie droite) معناه استئصال الاعور والكولون الصاعد والزاوية تحت الكبد ومكان القطع يقع على نهاية الدقاق والكولون المعترض وتتم العملية باجراء مفاغرة الدقاق بالكولون المعترض ·

ومسألة العقد البلغمية امر اساسي فهي تصاب في اليمين قبل اليسار واصابتها تعيد استئصال السرطان ممكناً او متعذراً ·

فمتى كان انسداد حاد او انسداد خفيف ناقص يجب دائماً اجراء شرج محول (دوفال) والشرج الاعوري افضل لان ترميمه سهل · ان هوءلاء المرضى يكونون غالباً مصابين بتسمم ووظائف اكبادهم وكلاهم مختلة فاذا ما فتحت لهم هذه الفوهة خف تسممهم ومتى مرت عليهم ١٢ — ١٥ — ١٨ يوماً وتحسنت حالتهم العامة يستأصل الكولون · فتخرج العروة من الشق البطني وتشد الى الخارج ما امكن بعد ان تكون قد عوينت بالشفوف الشرايين الكولونية والعقد البلغمية فاذا كان الرباط قصيراً يحرر الكولون بفك ما خلف الرباط وتخرج

العروة كلها وقسم كبير من الرباط وتسند قطعة الكولون العليا الى السفلى وتثبتان بالجلد والطرق في تثبيتهما تختلف باختلاف الجراحين ثم تقطع العروة المستخرجة في الوقت نفسه او بعد ثمانية ايام ٠ ويجوز وضع انبوب بولس في طرف الامعاء العلوي بقصد التحويل ٠

وينجم من اسناد طرفي الكولون احدهما الى الاخر كمدفعي البندقية مهماز يمحى بعدحين ليعود مجرى المواد الى ما كان عليه وطريقة محوه تتم بخزع المعى او بقطع طرفي الكولون بعد فتح البطن ٠

وتختلف النتائج جداً بين ان يكون التوسط واقعا على الكولون الايمن أو الايسر ٠ فالوفيات في قطع الكولون الايمن لا تتجاوز ١٠ — ١١ بالمائة (دوفال) ونتائجه البعيدة حسنة جداً غير ان جراحة الكولون النازل والزاوية الطحالية التي يصعب تحريكها خطرة جداً ونتائجها البعيدة اقل حسنا مما هي عليه في اليسار ٠

والطرق الجراحية المشار بها عديدة وهذا دليل على صعوبة الامر ٠ ومهما يكن فلا بد في اليسار من اجراء العملية بازمنة عديدة ٠

وذلك باجراء ١ً — التحويل ٢ً — الاستخراج ٣ً — القطع ٤ً — اعادة المواد الى مجراها الطبيعي ٠ فاذا ما روعيت هذه الشروط نجا كثير من المرضى واذا ما اجريت عمليتهم في زمن واحد ماتوا والامر المتغلب في جراحة الامعاء ولا سيما الكولون هو الخشية من تفكك الغرز ٠

ولنذكر دائما القاعدتين الكبيرتين في جراحة انبوب الهضم ١ً — صنع غرز متقنة ٢ً — اجراء العملية خارج البطن

و يسهل اتباع هاتين القاعدتين متى اجريت العملية على الامعاء الدقيقة ولا سيما في قسمها المتوسط · لان جدرها كثيفة ولان الغرزة المصلية لا تكون نافذة ولان جميع اقسامها مغطاة بالخلب ولان محتواها اقل سمية ولانها عالقة بالماساريقا ولان العرى يسهل استخراجها ·

ولكن الامر ليس كذلك في الامعاء الغليظة فالخياطة مستصعبة لان جدرها رقيقة ولان الغرز المصلية قد تكون نافذة ولهذا يشار بانتقاء شريحة مستطيلة حيث يكون الجدار بالغاً اقصى كثافته لاحداث فوهة انتهائية جانبية ·

وجدر الامعاء الدقيقة قليل ارواءها ولهذا كانت القاعدة ان يقطع و يخاط حذاء شعبة انتهائية من الشعب الشريانية ·

وهذه الجدر مرصعة بزوائد ثربية تزعج انتظام الغرز فيجب قطعها واقتلاع الثرب الكبير اذا قضت الضرورة · والقسم المناسب لارتكاز الرباط معري من الخلب · ومحتوى الكولون شديد السمية ولهذا يبدو التهاب الخلب متأخراً بعد هذه العمليات مهما اتقن اجراءها و كثيراً ما يظهر الالتهاب موضعياً وبدون قرقعة ويكون مسببا من الجراثيم اللاهوائية فيفضي الى موت المبضوعين ·

فيجب والحالة هذه ان تضبط الامعاء الغليظة جيداً بالمناقيش قبل القطع وان تطهر المقاطع بالكحول وصبغة اليود او المكواة النارية وتخاط خياطة متقنة: ١ — الطبقة المخاطية ٢ — الطبقة العضلية المصلية ٣ — الطبقة المصلية المصلية ·

ولنذكر ان الكولونين الايمن والايسر ثابتان بالجدار الخلفي وان تحريكهما

واستخراجهما الى خارج البطن يستدعي اقتلاعات واسعة تفتح النسيج الخلوي خلف الخلب وتوجب وقاية ساحة العملية وقاية حسنة ·

فكل ما تقدم من الاسباب ولا سيما سمية محتوى الامعاء الغليظة دعت الجراحين الى اجراء عملياتهم بازمنة عديدة · لان هذه الكولونات المتوسعة توسعاً متفاوت الدرجات فوق الورم والمنقبضة تحته والممتلئة بمواد شديدة السمية تتعسر الجراحة فيها لان نسيجها متوذم تصعب خياطته وقد يتمزق في الوراء في قسمه العاري من الخلب فيصعب ترميمه · فاذا ما حول مجرى المواد اولاً زال الركود واذا ما اخرجت العروة خارجاً قطعت خارج الخلب ·

وقوام المواد المحتواة في الكولون له شأنه في انتخاب الطريقة الجراحية · ففي بعض الحالات التي تستدعي السرعة ربما فضل الجراح المفاغرة بالزر على الخياطة وهي طريقة يتقى بها في الكولون الايسر الانسداد الذي يدعو الجراح الى عملية جديدة · ولهذا السبب تفضل المفاغرة الانتهائية الانتهائية او الانتهائية الجانبية على الجانبية الجانبية لان هذه ليست ملائمة لجريان المواد الصلبة ·

فالقواعد التي تستند اليها جراحة الامعاء هي اذن واحدة في الامعاء الدقيقة والغليظة غير ان الشروط التشريحية والخلقية (الفسيولوجية) في هذه القطعة الاخيرة من الامعاء تعيد جراحتها اصعب ونتائجها الجراحية اقل حسنا



مطبوعات حديثة

اطروحة الحكيم انستاس شاهين

« نواسير العنق الولادية النصفية »

اهدى الينا زميلنا الفاضل الحكيم انستاس شاهين اطروحته القيمة الباحثة في نواسير العنق الولادية النصفية التي وضعها لنيل شهادته الطبية من جامعة باريز فشكرنا له هديته هذه الثمينة وبعد ان طالعناها ورأينا ان الموضوع الذي عولج فيها موضوع مفيد يجدر بالقراء الكرام الوقوف عليه سألناه ان ينقل الى العربية هذه الاطروحة لننشرها له على صفحات مجلتنا عوضاً عن ان نأتي على خلاصتها ففعل. والحكيم انستاس من خريجي معهدنا الطبي النابغين نال شهادته من دمشق ثم قصد الى باريز للتخصص فرغب في ان يحرز الشهادة الطبية من جامعتها ايضا فانكب على العمل ونال امنيته وقد عاد الى دمشق بعد ان تخصص بامراض الانف والحنجرة والاذن وجراحة الوجه فنحن نهنئه بعودته السعيدة سائلين له طيب الاقامة بيننا «المجلة»

توطئة

العنق كالوجه موضع تشوشات كثيرة سببها تعقد الادوار التي تجتازها هذه النواحي في نموها ولا سيما دور تكون الجهاز الغلصمي ومشتقاته كالغدة الدرقية والتوتة (الغدة السعترية). فالتغلفات البشرية في قعر الاتلام الغلصمية او بقاء بعض اجزاء هذه الاتلام بعد اكتمال النمو على ما كانت عليه او تشعب بقايا الغدة الدرقية تشعبا شاذاً كل هذا سبب في افات العنق الولادية .

اذكر من جملة هذه التشوهات اكياس العنق الولادية التي تصادف كثيراً في ناحية العنق · وهي على قسمين : قسم منها كثير الجيوب ليس فيه بشرة تغطيه بل تغطي جدره طبقة من الخلايا المسطحة فهذه الاورام التي نعدها تشريحياً اوراماً وعائية كيسية يوءلف مجموعها الاكياس المصلية الولادية ·

والقسم الثاني هو اكياس تمتاز باحتوائها على اغشية باطنة بشرية ذات خلايا رصفية مطبقة أو اسطوانية · وهذا النوع يدعى الاكياس الغلصمية مع ان بعضها ليس ذا منشأ غلصمي · وتدعى ايضاً الاكياس نظيرة الجلد ونظيرة المخاط وتقرب من هذه الاكياس النواسير الخلقية التي لها علاقة قوية بها ·

ومن جملة هذه النواسير نوع يمتاز عن البقية بمنشإه وصعوبة معالجته · ولكن لا بد لنا قبل البحث فيه من الاتيان على ذكر شيء مجمل عن بقية نواسير العنق لكي نتمكن من اعطاء هذا البحث حقه من الوضوح ·

لقد قسم البعض نواسير العنق بحسب موقعها الى نواسير جانبية ونواسير نصفية واخذ بعضهم العظم اللامي اساساً لتصنيفها وقسمها الى قسمين : النواسير الواقعة فوق هذا العظم والنواسير الواقعة تحته وأتبع في تصنيف هذه الاخيرة الطريقة الاولى فقسمها الى جانبية ونصفية ·

وقد وصف بعضهم في سنة ١٩٢٠ نوعاً خاصاً من هذه النواسير الخلقية دعاه النواسير النصفية السطحية او النواسير الذقنية القصية ·

فاذا راعينا جميع هذه الفوارق واسباب هذه النواسير قسمناهذه الافات ثلاثة

اقسام مختلفة معتمدين في تقسيمنا هذا على موقع الناسور التشريحي واسبابه المضغية:

١ً — النواسير الجانبية ذات المنشإ الغلصمي

٢ً — النواسير النصفية العميقة الناشئة من قناة هيس الدرقية اللسانية المتوسطة ·

٣ً — النواسير النصفية السطحية الناشئة من تغلف الوريقة الظاهرة في ناحية الذقن ·

فآخر هذه الاقسام اي النواسير النصفية السطحية تصادف دائماً على الخط المتوسط الامامي للعنق · وتكون سطحية لا علاقة لها بصفق العنق الواقعة تحتها وهي نواسير مستطيلة ترتبط بالذقن وقبضة القص باسطوانة ليفية مفتوحة في الامام عند منتصفها · ولهذا القسم المفتوح شكل سطح دائم الافراز او سطح ندبي · وتحدث هذه الاسطوانة في مكان ارتكازها تحولات ثابتة في شكل العظم

اما النواسير الجانبية ذات المنشإ الغلصمي فقد تصادف احياناً في محارة الاذن وتكون حينئذ عوراء خارجية قليلة العمق · وهذا النوع من النواسير مع جميع الانواع التي تقع فوق العظم اللامي يصادف قليلاً · اما النوع الكثير الوقوع فهو النواسير الجانبية تحت اللامي · وهذه الاخيرة متى كانت تامة تمتد من البلعوم الى القسم الامامي من العنق · ولها فوهة جلدية ضيقة جداً لا تكاد ترى تصادف دائماً حذاء الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية · وفوق هذه الفوهة بقليل يتوسع مجرى الناسور فجأة اخذاً شكلاً انوبياً بحجم ريشة الاوز ويخترق صفاق العنق السطحي ويتجه الى العظم اللامي موءلفاً مع العضلة القصية الترقوية الخشائية زاوية حادة · وكلما اقترب هذا المجرى من

العظم اللامي ازداد عمقه · وبعد مسير قليل يمر تحت هذا العظم ويجتاز طبقة العاصرات وينتهي في البلعوم بفوهة باطنة تقع في الحفرة اللوزية ·

وقد يعتري هذا الوصف في جميع اقسامه تغيرات كثيرة · فقد يكون الناسور تاماً او ناقصاوهذا الشكل اما ان يكون اعور خارجيا أو باطنا· اما اسباب هذه النواسير الجانبية وطريقة تكونها فقد وصفها وصفا دقيقا العالمان كونستامكي وميليكي · فالقسم الباطن من الناسور ينشأ من التلم الغلصمي الثاني الباطن الذي يمتد حتى الجيب العنقي الامامي ويسمى قناة رابل الغلصمية · ويثبت ذلك موقع الفوهة الباطنة في الناحية اللوزية ومجاورات مجرى الناسور فهذا الاخير يمر بين السباتيين وفوق العصب اللساني البلعومي وتحت العصب الوجهي اي بين اوعية القوسين الغلصميتين الثانية والثالثة واعصابهما ·

اما القسم الخارجي من الناسور فينتج من عدم انغلاق الجيب العنقي الامامي ويكمل الناسور باتصال هذا الجيب بقعر قناة رابل الغلصمية ·

وليس ما تقدم سوى وصف اجمالي للقسمين الاولين من نواسير العنق الخلقية فعلينا الان ان نصف النواسير الناشئة من قناة هيس الدرقية اللسانية · فهذه وان لم يكن وقوع فوهتها الظاهرة ممكنا على مسافة قصيرة من الخط المتوسط مشاركةً بذلك النواسير الاخرى بمظاهرها تختلف باوصافها التشريحية واسبابها المضغية عنها كل الاختلاف ·

النواسير النصفية

تشريحها المرضي — اوصافها الظاهرة · — لهذه النواسير النصفية العميقة فوهة ظاهرة ومجرى وقلما يكون لها فوهة باطنة ·

الفوهة الظاهرة — الموقع : قد تقع هذه النواسير في بعض الحالات النادرة متى كانت ولادية امام الحنجرة وفوق قبضة القص باربعة سنتمترات كما ذكر عدد من المولفين (هيتل وارودت ولوشكا و كولير وغيرهم) وترى احياناً امام الغضروف الحلقي كما في حادثة لا نلونغ · وقد رآها هيتل مرة على يسار الخط المتوسط تحت العظم اللامي بقليل

وعندما يكون الناسور ناشئا من انفتاح كيس خلقي وهذا هو الواقع عادةً تقع الفوهة الظاهرة في اغلب الاحيان في المسافة الكائنة بين الغضروف الدرقي والعظم اللامي ونادراً تحت هذا المستوى ·

وفي احدى مشاهداتنا التي تتبعناها وعالجناها في عيادة الاستاذ سبيلو في جامعة باريس وجدنا الفوهة الظاهرة على يمين الخط المتوسط وتحت العظم اللامي وفي المشاهدتين الاولى والثانية اللتين سنأتي على ذكرهما كانت الفوهة الظاهرة واقعة في الخط المتوسط تماما تبعا للقاعدة ولكن لكل قاعدة شذوذ وقد تقع هذه الفوهة احياناً في احد جانبي الخط النصفي غير مبتعدة عنه كثيراً ·

شكل الفوهه واتساعها : متى كانت هذه النواسير ابتدائية (اي موجودة حين الولادة) يكون شكل فوهتها الظاهرة احياناً كشكل تلم عمودي او افقي كما في مشاهدات ارندت ولوشكا طوله سنتمتران وقد كان لهذه الفوهة في مشاهدة لانلونغ شكل انخفاض افقي حافته العلوية مغطاة بثنية جلدية ·

اما في النواسير الثانوية فتأخذ الفوهة الظاهرة شكل ثقبة منتظمة قليلة الاتساع · وتكون هذه الثقبة متوارية في حفرة صغيرة او على العكس ظاهرة في قمة حدبة صغيرة · وغالباً يكون الجلد المجاور لهذه الفوهة ذا شكل ندبي ·

المجرى · — ليس شكل المجرى في النواسير واحداً · وبما انها تكون غالباً ثانوية فيكون مجراها عمودياً متجهاً من الاسفل الى الأعلى نحو القسم المتوسط من العظم اللامي · وبما ان مكان انفتاح الكيس الخلقي لا يقع دائماً على الخط النصفي بل ينحرف عنه قليلاً كما هي الحال في احدى مشاهداتنا فيكون لمجراه اتجاه مائل · اما طول هذا المجرى فيختلف باختلاف موقع الفوهة ويبلغ طوله عادة سنتمتراً الى سنتمترين · وقد يستطاع احياناً معرفة طول المجرى واتجاهه بقثترة الناسور بمحراف دقيق ·

ويسهل غالباً جس هذا المجرى فيظهر كحبل اسطواني صلب بحجم ريشة الغراب متجهاً نحو العظم اللامي · ويمر هذا الحبل تحت الوجه السفلي لهذا العظم مكوناً معه التصاقات اكثر ما يكون وجودها في وجهه الخافي · واحياناً يلتصق هذا المجرى بالغشاء الدرقي اللامي

وينتهي هذا المجرى عادة خلف العظم اللامي واحياناً يمتد حتى الفوهة العوراء ماراً دائماً تحت العظم اللامي ومجتازاً الغشاء الدرقي اللامي ·

الاوصاف النسيجية : للنواسير المتوسطة الثانوية جدار ذو نسيج ضام ليفي كثيف بعض الكثافة · تكسوه طبقة خلايا صغيرة شفافة مكعبة او مستطيلة مجهزة غالباً باهداب مهتزة ·

وكثيراً ما تشتمل هذه النواسير على زوائد متفاوتة العمق · ولم يرَ كورنيغ في مشاهداته التسع سوى ناسور وحيد المجرى وفي اكثر مشاهداته الاخرى كان المجرى مزدوجاً وفي بعضها كان متشعباً ثلاث شعب او اربع وفي احداها كان كثير التفرع حتى انه شابه كثيراً شكل الغدد · ولمعة هذه الشعب

اضيق جداً من لمعة المجرى الرئيس · ومتى فحصت عدة مقاطع من هذا المجرى ظهرت الشعب وعرف انها ليست سوى استطالات ردبية ناشئة من المجرى الرئيس · وينفصل كل ردب عن الاخر بغلاف ليفي النسيج وتبطن هذه الجيوب طبقة خلايا لها ما لخلايا المجرى الرئيس من الصفات المجهرية ·

وقد زعم فيدورا انه وجد في جدران هذه النواسير خلايا درقية وشاهد الجراح فو حويصلات درقية في ناسور خلقي نصفي واما نحن فقد شاهدنا نسيجاً درقياً في القسم تحت اللامي من مجرى ناسور نصفي خلقي (المشاهدة الثانية)

الامراض : ان امراض هذه النواسير النصفية يختلف كل الاختلاف عن امراض النواسير الجانبية · وتسهيلاً لمعرفتها نبدأ بسرد بعض النقاط الهامة في نمو الغدة الدرقية ·

ان تحريات بورن (١٨٨٣) في مضغة الخنزير التي ايدتها ابحاث هيس (١٨٨٥) في مضغة الانسان اظهرت ثلاثة مناشيء للغدة الدرقية : منشأ فرد نصفي (الغدة الدرقية النصفية) واثنين جانبيين (الغدتين الدرقتين الجانبيتين)

فالغدة الدرقية النصفية وهي التي يهمنا امرها تنشأ من برعم بشري فمي بلعومي وهذا ينمو من الخلف الى الامام ومن الأعلى الى الاسفل حتى يصل بنهايته الامامية الى محاذاة البصلة الابهرية ·

ويقع هذا البرعم النصفي الذي يبدأ ظهوره في مضغة طولها ثلاثة ملمترات مقابلاً للشق الثاني في موضع اتحاد الاقسام الثلاثة المنشئة للسان كما ايدت ابحاث هيس · وفي المضغة البالغة اربعة ميلمترات من الطول يبدأ هذا البرعم الدرقي بالتجوف وهذا الاسر ثابت في اكثر اللوابن · وتبدأ حينئذٍ نهايته العميقة

بالتفصص كما شاهد سولي وفيردان (١٨٩٧) . ومتى بلغت المضغة ستة ملمترات من الطول تصبح هذه النهاية العميقة فصين منتفخين ولا تعود ملتصقة بجدار البلعوم الا بذيل دقيق بشري . ثم يضمحل التجوف وتفترق القطعة المتوسطة للغدة الدرقية كل الافتراق عن البشرة اللسانية البلعومية وتستقر في زاوية تشعب البصلة الابهرية او تجتازها قليلاً الى الامام .

فالغدة النصفية في المضغة البالغة اربعة عشر ملمتراً من الطول بعد ان كانت قطعة واحدة متحدة الاجزاء تنقلب حزمة شرائط ملأى متلاصقة بحجب او براعم ضامة وعائية تجتازها من الخارج الى الداخل .

وقد يبقى الذيل الذي كان يربط الغدة الدرقية المتوسطة بالبشرة اللسانية في بعض الحالات كما كان كأنه حبل خلوي يدعى الحبل الدرقي اللساني . وقد يتجوف هذا الحبل كأنه قناة ضئيلة تنفتح في الفوهة العوراء اللسانية وتدعى حينئذٍ القناة الدرقية اللسانية . وقد يتجزأ الحبل الدرقي اللساني عدة اجزاء متتابعة على الخط المتوسط بين الغدة الدرقية والفوهة العوراء .

ويقسم العظم اللامي القناة الدرقية اللسانية قسمين قسماً علوياً وهو الممتد من الفوهة العوراء الى منتصف العظم ويدعى المجرى اللساني وقسماً سفلياً يدعى الدرقي . ولكن هذا المجرى الذي يحفظ في البدء اتصاله لايلبث ان يفترق القسم الاول منه عن الثاني ومتى تكون جسم العظم اللامي لا يبقى من هذه القناة الدرقية اللسانية سوى قسمها العلوي اي المجرى اللساني . اما الاخر اي المجرى الدرقي فلايبقى منه سوى جزر بشرية هي من بقايا البشرة الكأسية للقناة الاصلية .

هذا ما يحدث في الغالب · ولكن قد يطرأ ما يغير هذه الحال فتبقى القناة الدرقية اللسانية على حالها حتى سن البلوغ جاعلة سبباً لتشكل ناسور نصفي كامل له فوهتان جلدية وبلعومية ·

هذا ما يقول به معظم العلماء اليوم كسبب لحدوث هذه النواسير النصفية العميقة · وقد ايد مارشال هذا الامراض اذ كشف صدفة ناسوراً كهذا في عنق فتاة صغيرة قضت نحبها بمرض الخناق فاظهر بجلاء موضع الناسور ومجاوراته وامتداده وايد تشريحياً ما ايده غيره مضغياً · وهذا التفسير يطلق على اكياس العنق النضفية الخلقية ·

الاعراض : سنورد هنا بايجاز اهم الاعراض الناشئة من حدوث النواسير والاكياس الخلقية النصفية ·

يبدو لنا في احدى النواحي الكائنة في الخط المتوسط من العنق او القريبة من هذا الخط والواقعة بين العظم اللامي والغضروف الدرقي فوهة صغيرة يسيل منها من حين الى آخر سائل مخاطي يمازجه قيح · وقد يزداد هذا الافراز او ينقص او يعتريه ما يغير شكله كازدياد كمية القيح الذي يخالطه او انقلاب هذا الافراز جميعه مادة قيحية صرفة ·

والعوارض التي تطرأ في سياق هذه النواسير اشد وخامة من عوارض النواسير الجانبية الغلصمية · وهي تنشأ من انحباس الافراز في الناسور ·

وقد تبدل هذه النواسير الصوت وتعسر البلع · ويصف لنا كيرميسون حادثة شاهدها في مستشفى القديس لويس في باريس هكذا : فتاة صغيرة شعرت منذ سنتين في منتصف عنقها الامامي بورمين صغيرين مؤلمين كائنين في ملء

الجلد كانا يعسران البلع و يزدادان جسامة يوماً عن يوم فلدى فحصها وجد على الخط المتوسط الامامي للعنق فوق الغضروف الدرقي بقليل برعماً لحمياً في اعلاه فوهة صغيرة يسيل منها قليل من المائع · وعند جسه لهـذا الورم شعر ان هذا البرعم يتصل في العمق بحبل مدور بحجم ريشة الطير ممتد حتى العظم اللامي حيث يتوارى تحته · وقد تمكن من ادخال محراف دقيق في هذه الفوهة زهاء سنتمتر واحد · وقد شفي هذا الناسور بعد ان استئصلت الفوهة وسائر المجرى حتى العظم اللامي · · فيتبين لنا من هـذه المشاهدة ان الناسور لم يكن موجوداً حين الولادة بل ظهر بعدها بقليل ·

وربما كان لهذه النواسير صفة ثابتة وهي انحباس السائل في الناسور وتكون اورام كيسية شديدة الإيلام · وقـد يكون الكيس الخلقي العرض الاول لهذه النواسير · فيبقى برهة كانه ورم غير موءلم الى ان تتسرب فيـه عوامل الالتهاب فينقلب خراجاً حاراً و ينبثق تاركاً ناسوراً لا يندب كما كانت الحالة في مشاهداتينا ١ و ٢

و يمكننا القول ان اكياس الخط المتوسط ونواسيره هما مظهران او عرضان لسبب واحد نعني به بقاء بعض اجزاء بشرية من المجرى الدرقي اللساني

وقد كانت فوهات هذه الخراجات الواقعة امام الحنجرة او الغشاء الدرقي اللامي شديدة الغموض قبل ان يتضح سببها العائد الى بقاء المجرى الدرقي اللساني فقد نسبها البعض الى بقاء محفظة مصلية امام الحنجرة (باير ملغانيه) او امام الغشاء الدرقي اللامي وممتد خلف العظم اللامي (نيلاتون) وكان البعض يقول بهذه النظرية حتى اتضحت الاسباب الحقيقية وهي بقاء اقسام

بشرية من المجرى الدرقي الغشائي او المجرى كلـه ·

التشخيص : تشخيص نواسير العنق الخلقية سهل للغاية · فهي تميز بسهولة عن النواسير الناشئة من ذات الغضروف السلية او الزهرية او من ذات العقد السلية او من التهاب العظم اللامي او انفتاح كيس مائي او دهني متقيـح ويسهل ايضاً تمييزها عن النواسير السنية او اللعابية الخ · · · فتاريخ المرض مع اوصافه وفحص افراز الناسور لا يدع اثراً للشك ·

ورغم هذه السهولة نجد بعض الصعوبة في تشخيص الناسور · غير ان الجراح يتوصل الى معرفته بانصباب المائع من الناسور انصباباً مستمراً وبارتباط الفوهة بحبل ليفي بالعظم اللامي ·

ويسهل ايضاً تمييز النواسير النصفية الخلقية هذه عن النواسير الرغاميـة التي لا تنجم الا من سبب رضي فمتى عرف السبب زال الغموض · اما الخلقية منها فهي نواسير رغامية مريئية لا دخل لها مع النواسير النصفية الخلقية ·

ومتى تحققنا الناسور بقي علينا ان نعرف نوعه والى اي الاقسام ينتمي فاذا كان في المائع الذي يفرزه الناسور شيء مما يأكله المريض او يشربـه فالناسور تام وليست معرفة هذا بالامر السهل وعليه كان لا بـد من استعمال وسائط اخرى لمعرفة ما اذا كان الناسور اعور خارجياً او تاماً ·

والطرق المستعملة لهـذا الغرض هي القثترة والحقن بالمواد المائعة والتصوير بالاشعة ·

فالواسطة الاولى قلما توصلنا الى التشخيص الحقيقي لالتصاقات مجرى الناسور بالعظم اللامي · ويجب ان يسبر غور الناسور بلطف وتأنٍ زائـدين

بمسبار معدني دقيق مدور الرأس حتى اذا شعرنا بعائق اخرجنا المسبار ثم اعدنا الكرة ثانية وثالثة حتى العظم اللامي فتنتهي وظيفة المسبار لان ادخاله الى ابعد من هذا الحد متعذر وعلى الرغم من مهارة الجراح وصبره نجده احياناً لا يتمكن من الوصول بمسباره الى محاذاة العظم اللامي لكثرة منعرجات الناسور

اما الواسطة الثانية وهي حقن مجرى الناسور بالسوائل فليس لها الفائدة التي نجدها في تشخيص النواسير الجانبية · ويستعمل من المحاليل ما كان طعمه خاصاً ولونه ظاهراً كمحلول الكينين او الملح او السكر والخ ·· وطريقة استعمالها هي حقن فوهة الناسور الظاهرة بهذا المحلول فاذا كان الاخير تاماً شعر المريض في فمه بطعم المحلول فنتأكد ان له فوهة باطنة ·

اما المحاليل الملونة فهي اكثر دلالة من المحاليل الاولى لان السائل قد لا يصل الى البلعوم مع ان الناسور تام وفضلاً عن هذا فقد يشعر المريض بطعم في فمه مع كون الناسور اعور خارجياً وهذا الامر لا يقع في المحاليل الملونة كاللبن وزرقة المتيلين وفوق منغناة البوتاس وسوى ذلك لان السائل يرى حين خروجه من الفوهة الباطنة ·

اما الواسطة الثالثة وهي التصوير بالاشعة · فتمكنا من اخذ رسوم العنق بوضعات مختلفة بعد حقن الناسور بمادة ظليلة كالليبيودول · وقد راينا هذه الواسطة في اختباراتنا الخاصة اكثر دلالة من الواسطتين الاولاوين مع ان البعض وجه اليها نقداً مراً لان جسم العظم اللامي يقف حائلاً دون وصول السائل الظليل الى القطعة العليا من المجرى ·

سير المرض وانذاره : ليست هذه الافة من الافات الوخيمة · الا انها على

الرغم من ذلك تزعج المصاب وتقلقه قلقاً مستمراً لسيلان القيح او غيره من المواد سيلاناً مستمراً او متقطعاً من فوهة الناسور الظاهرة وحدوث انحباس في الناسور تنتج منه خراجات وعدا الاعراض التي ذكرناها تأبى الفتاة بقاء ناسور يشوه عنقها ٠

واذا كان لهذه الافة من وخامة حقيقية فهي على ما نرى صعوبة شفائها ولا تعالج هذه الافة الا بالطرق الجراحية التي كثيراً ما تبوء بالخيبة رغم مهارة الجراح ٠ اما سبب هذه الخيبة فهي بقاء قطع صغيرة من المجرى لم تستأصل لوجودها فوق العظم اللامي

ولو تابع الجراحون مشاهدة مرضاهم طويلاً بعد شفائهم لكانوا يرون من حوادث النكس اكثر مما تذكره لنا المجلات الجراحية ٠

المداواة : لا نطيل الكلام في طرق المداواة الكثيرة التي استعملها ويستعملها البعض بحقن الناسور بمواد مختلفة قصد تجفيفه وشفائه فهي لم تجد نفعاً ولم يكن منها سوى اطالة الماضي وتأخير شفائه واننا لنهمل ايضاً ذكر الطرق الحديثة في معالجة النواسير باستعمال المجرى الكهربي الكثير الاهتزازمع ما يتفرع منه لانها تستعمل وتفيد في معالجة النواسيرالجانبية ولا دخل لها في بحثنا هذا ٠ بل نبين بجلاء طريقة المداواة الجراحيةالتي نعتقد بانها الواسطة الوحيدة الموصلة الى شفاء الناسور ٠

اما التوسط الجراحي فيجرى طبقاً لطريقةسارازن في معالجة النواسيرالجانبية اعني بادخال مسبار دقيق للاسترشاد به حين استئصال مجرى الناسورمع بعض تعديلات تقتضيها حالة الناحية تشريحياً كخزع جسم العظم اللامي وغير ذلك ٠

طريقة الاستاذ سيبلو : يتبع استاذنا سيبلو في المعالجة طريقة خاصة

١ً — يجري شقين افقيين متصلي النهايتين يحيطان بفوهة الناسور الظاهرة مع ما يجاورها من النسج الندبية .

٢ً — يدخل محرافاً معدنياً ليناً ودقيقاً في مجرى الناسور

٣ً — يستأصل فوهة الناسور ومجراه مع قسم من النسج المجاورة لهما حتى حذا العظم اللامي .

٤ً — يخزع قسماً من منتصف جسم العظم اللامي طوله خمسة ملمترات .

٥ً — يفتش عن قسم الناسور الواقع خلف هذا العظم واعلاه بعد اجراء شق عمودي في العضلات فوق اللامي و يستأصل هذا القسم حتى الفوهة العوراء

٦ً — ينهي العملية كسائر العمليات

الاستطباب ومضاده : اذا كان التوسط الجراحي في معالجة النواسير الجانبية يستطاع العدول عنه فليس الامر كذلك في النواسير النصفية . لان تكرر الانحباسات في مجرى الناسور مع ما يعقبها من الخراجات وانفتاح الفوهة بعد انغلاقها مرات متعددة وفي محلات مختلفة يزعج المريض كل الازعاج . وفضلاً عن ذلك فالطريقة الجراحية سهلة الاجراء بعيدة عن الخطر واكثر هذه النواسير اعور خارجي لا يخشى فيه من وصول جراثيم البلعوم الى الجرح وعلى كل جراح ان يراعي امرين في معالجة هذه النواسير اولاً ان يستأصل مجرى الناسور كله وما يجاوره من النسج لئلا يبقى قسم من الناسور فيكون سبباً في النكس . ثانياً ان يكون الشق واسعاً ما امكن ليستطاع تتبع المجرى حتى قاعدة اللسان وعليه ان يتحاشى الندبة الكبيرة لئلا يشوه عنق المريض فيكون الجراح قد جمع بين شرطين فيهما بعض التناقض «للبحث تتمة»

المذمر والسماوة ايضاً

أتتنا هذه المقالة من حضرة اللغوي الكبير الشيخ عبد القادر المغربي رداً على ما نشرناه في الجزء الرابع من مجلتنا عن المذمر والسماوة (المجلة)

حضرة الفاضل محرر مجلة المعهد الطبي بدمشق

قرأت في الجزء الرابع الصادر في هذه السنة من مجلتكم رد الصديق العلامة الكرملي على ما كتبته بشأن تفضيل كلمة (سماوة) على كلمة (مذمّر) كي تقوم مقام كلمة (buste) الافرنسية . وقد اعرب في رده عن الثبات في رأيه وتفضيل (المذمر) محتجاً بان صاحب (المخصص) فسّر السماوة بالشخص والشبح . ثم رأى ان قول صاحب المخصص لا ينهض حجة ازاء التصريحين اللذين نقلتهما عن (القالي) و (الزبيدي) : فقد صرح الأول بان السماوة (أعلى شخص الانسان) وصرح الثاني بأنها (شخصه العالي) هذا من جهة ومن جهة اخرى فان احداً من علماء اللغة لم يقل في تفسير (المذمر) سوى انه اسم عضو في اعلا شخص الانسان: إما كاهله او قفاه او عظمان في قفاه او هو (كما قال الزمخشري في الاساس) مغرز الرأس في العنق . ومعنى كلمة (buste) — كما في دائرة المعارف الافرنسية — مجموع الرأس والعنق واعلا الصدر . وهذا المجموع أحرى ان نطلق عليه كلمة (السماوة) الدالة على أعلى شخص الانسان : (رأسه وعنقه وصدره) — من ان نطلق عليه كلمة (المذمر) التي معناها عضو واحد في أعلا شخص الانسان : إما كاهله وإما عنقه من جهة قفاه وإما حول عنقه وهو ما سماه الزمخشري (مغرز الراس في العنق) . وكأنّ علامتنا الكرملي آنس في دليله النقلي ضعفاً فجنح الى تقويته بدليل آخر عقلي ذلك

أنه روى ما قاله ابن مسعود وهو (انتهيتُ يوم وقعة بدر الى ابي جهل وهو صريع فوضعتُ رجلي في مذمره فقال : يا رويعي الغنم لقد ارتقيت مرتقى صعباً)

ثم قال الاب (فهل يعقل ان يكون المذمر هنا القفا وحده او عظمي القفا أم مجموع كل ذلك الى الكاهل حتى استطاع ابن مسعود ان يضع عليه رجليه الاثنتين ؟ فليصدقنا القارىء) انتهى قول الاب الفاضل .

واذا كان حضرة الصديق يحيل قضية النزاع بيننا على القارىء فاني ما زلت احيلها عليه نفسه : واول ما أُلفت نظره اليه هو قوله في عبارته (رجليه الاثنتين) فان كلمة الاثنتين زادها الأب على عبارة ابن مسعود : فان ابن مسعود انما قال : (وضعت رجلي في مذمّره) و (رجلي) بتخفيف الياء مفرد وليس هو مثنى حتى تشدّد ياؤه : فابن مسعود وضع على كاهل القتيل رجلاً واحدةً وكزه بها وكزا . ولم يضع كلتا رجليه قافزاً بهما على جثة القتيل قفزا .

وقد فكرت مليّاً لأعرف السبب الذي حمل صديقنا الكرملي على قراءة (رجلي) بالتثنية لا بالافراد فانتبهتُ اخيراً الى قول ابن مسعود في تتمة عبارته السابقة على لسان الصريع يخاطب ابن مسعود (لقد ارتقيت مرتقى صعباً) فالارتقاء على صدره يستدعي بالضرورة ان يكون قد وضع ابن مسعود الرجلين كلتيهما على صدره : فوجمت لهذه المفاجأة لكنني لم اشكّ قط في ان ابن مسعود انما وضع رجلا واحدة على القتيل او وكزه بها وكزا . لكن كيف قال له ابو جهل (ارتقيت) ؟ راجعتُ كتب المغازي واذا هي تقول (ثم ان ابن مسعود وطىء على عنق ابي جهل وعلا فوق صدره يريد حزّ رأسه فقال له لقد ارتقيت الخ) فالارتقاء انما جاء نتيجة لاعتلائه على صدره لا لوضع رجله في مذمّره . ونزيد على ذلك ما رواه علماء الحديث من ان

ابن مسعود رضي الله عنه كان صغير الجثة بحيث يكاد الجلوس يوارونه من قصره ·
وضحك الصحابة يوماً من صغر رجله فقال لهم النبي (ص) ما تضحكون ؟
لَرجلُ عبدالله أثقل في الميزان يوم القيامة من جبل أُحد

المغربي

الرئيس والمندوب
في الجامعة السورية

زار جامعتنا السورية يوم السبت الواقع فيه ٢٠ نيسان سنة ٩٢٩ فخامة رئيس الوزراء الشيخ تاج الدين افندي الحسني وصاحب السعادة المفوض الموسيو برويار يصحبه سعادة معاون المندوب الموسيو فيبر وصاحبا المعالي وزير العدلية ووزير الاشغال العامة وحضرة مستشار المعارف فدخلوا معهد الحقوق اولاً وتفقدوا صفوفه ثم ساروا الى تكية السلطان سليمان حيث صف العلوم وشعبة طب الاسنان ومنها الى المستشفى العام ومخابر المعهد الطبي وانتهى طوافهم في بناء الجامعة الجديد حيث القى معالي رئيس الجامعة الاستاذ رضا سعيد بك كلمة ترحيبية بالزائرين العظام فاجابه سعادة الوزير المندوب بكلمة ابدى فيها اعجابه بما رأى من رقي الجامعة واتقان فروعها مظهراً استعداده لمد يد المساعدة اليها بكل قواه لتجاري العلم في سيره ورقيه ثم لفظ فخامة رئيس الوزراء كلمة بين فيها استعداد الحكومة الوطنية لمعاضدة الجامعة وفتح فروع جديدة فيها و بعد ان تناول المدعوون اكواب المرطبات انصرفوا بين التصفيق الشديد

م · خ ·

الجزء ٦ المجلد ٦



دمشق في حزيران سنة ١٩٢٩ م · الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٧ هـ

نتانة الانف اسبابها ومداواتها

للحكيم عبد القادر سري

استاذ امراض الاذن والانف وسريرياتها وعلم التشريح

لهذه الآفة شأن كبير بين سائر الآفات التي تصيب بطانة الحفرتين الانفيتين لمنظرها الخاص واسبابها المبهمة فهي من الابحاث التي تستدعي التنقيب والتدقيق لان العلماء لم يجمعوا حتى الآن على تعيين اسبابها وكيفية مداواتها فان شيوعها جرّ الطبيب والاختصاصي معاً وحملهما على النظر اليها كما الى آفة ارثية · وهي تصيب الاناث اكثر من الذكور بمعدل واحد الى اثنين تقريباً وتظهر بين (١٥ — ٢٥ سنة) من العمر وقد قال بعض العلماء بظهورها في سن البلوغ غير ان « هالغن » و « شولمان » لم يتوصلا الى اثبات ما يؤيد هذه الفكرة وجلّ ما شاهداه ان الطمث كان يختل في الفتيات المصابات بهذه العلة وان النتن والقشور الخاصة قد زالت في احدى الفتيات بعد ان حاضت وغاية

ما هناك ان الافة تظهر تارة بين (١٥ — ٢٠) سنة وطوراً بعد هـذا الزمن فاذا ظهرت باكراً ابطأت عظام الانف في النمو فكان الضمور في صقله (squelette) واذا ظهرت بعد الخامسة والعشرين اعني بعد ان تكون عظام الجمجمة قد تكامل نموها كان الضمور قليل الظهور .

فلا عجب اذا رافقت نتانة الانف تبدلات في عظام الوجه و بدت واضحة في بعض الحادثات او قل ظهورها في البعض الاخر . وتتصف هذه التبدلات بازدياد عرض الناحية الجبهية و بروزها وانخفاض جذر الانف وضيق عرضه فيقترب احد الوقبين (تجويف الحجاج) من الاخر . و يتشوه شكل الانف (الانف السرجي) وينقص طول المنخرين فينحرفان الى العالي يفرقهما تلم خاص وتصبح ارنبة الانف (فصيص الانف) اكثر ارتفاعاً مما هي عليه في الحال الطبيعي .

وقد ثبت ان هذه الافة اكثر انتشاراً في بعض البلدان كاسبانيا والصين واليابان واليونان وغير ذلك وهي في بلادنا السورية قليلة اذا بنينا حكمنا على ما نشاهده فيها غير ان قلتها ليست حقيقية لان العدد الوافر من المصابات لا يزال الجهل مستولياً على عقله فهو يندفع مع التيار و يطلب شفاء علته هذه من الدجالين المتطفلين على العلم .

والاسباب التي نسبت اليها هذه العلة كثيرة ولكن فلنفرق نتانة الانف الحقيقية عن نتانة الانف الرضية التي تعقب خزع القرين احياناً لان الاختبارات قد اثبتت انه لا يمكن ان يوءخذ الاتساع الذي قد يحدث في الحفرتين الانفيتين سواء أكان ولاديا ام كسبيا ، سبباً كافياً لاحداث نتن الانف . وقد ذكرت

في اسباب المرض نظريات جمة منها نظرية جيوب الوجه وهي احدى النظريات التي يستند اليها في ايامنا الحاضرة · فقد قال (لوتنشلاغر) ثم (ميشل) وزملاؤه في تواريخ مختلفة ان نتن الانف مرض خاص يصيب احد التجاويف التابعة للحفرتين الانفيتين كالجيوب الوتدية والفكية والجبهية والغربالية · اما انا فلم اتحقق اصابة الجيوب الوجهية على الرغم من معاينتها وانني لارجح نظرية (رماديه) و (فري) وغيرهما القائلة بان الجيوب تبقى سليمة واذا اصيبت فاصابتها تالية وليست ابتدائية ·

وقد فكر (هالغن) وتلامذته في ان للعقدة الوتدية الحنكية دخلا خاصاً بحصول نتن الانف واعلن مع (شولمان) للموءتمر الدولي الطبي المنعقد في باريس سنة ٩٢٤ النظرية الودية مستندين الى النتائج التي وصلا اليها بمداواة المرضى المصابين بهذه العلة بخلاصة الكظر والى الاعراض التي شاهداها كازرقاق الاطراف المستمر القليل الالم وضيق الحدقتين واسراع القلب وقد ايدت هذه النظريات مشاهدات كثيرة منها ما نشره (ورمس) و (رشولون) في التاريخ نفسه وهي حادثة التهاب انف ضموري نتن وحيد الجانب ظهرت في جندي على اثر اصابته بمرم ناري في عقدة مكل · والحادثة التي رفعها (سوشت) الى موءتمر امراض الاذن والانف المنعقد في باريس سنة ٩٢٤ ايضاً وهي التهاب الانف الضموري الجاف غير النتن الذي كان يتكامل مشهده السريري موءيداً انه كان ناجماً من تبدل في الجملة الوتدية الحنكية · وحادثة ثالثة نجمت من انضغاط العقدة الوتدية الحنكية بشظية عظمية ·

ونجح (لورتمان) و (لومر) ايضاً بقطعهما الالياف الودية حول الشريان

السباتي الظاهر في تأييد هذه النظرية كما ان (ساك) احدث نتانة الانف باستئصاله العقدة الوتدية الحنكية ·

ونشر (روباتو) و (بروبي) في مجلة العالم الطبي في عددها الصادر في ١٥ شباط سنة ٩٢٨ حادثة التهاب انف ضموري وحيد الجانب مع قشور في مريض اصيب بورم ناري يحتمل ان يكون قد جرح عقدته الوتدية الحنكية والعصب الفكي العلوي ·

وكانت هذه الحادثة مشابهة باوصافها كل المشابهة للحوادث المار ذكرها آنفاً ولكن لم يظهر الفحص الجرثومي الذي اجري في بعض هذه الحوادث ادنى اثر لعامل لنتانة الانف المرضي الا بعض المكورات العنقودية ولعل خلو بعض هذه الحادثات من النتن مسبب من خلو الانف من العامل المرضي الخاص الاخر الذي دعا بعض العلماء الى القول بان لنتانة الانف سببين الاول اختلال عصبي يحدث الضمور والثاني جرثومي يحدث النتن ·

وحقيقة الامر ان كل اختلال يطرأ على الجملة الوتدية الحنكية يحدث الضمور فيظهر بمظهر التهاب الانف الضموري غير الحقيقي وما من يجهل ان الحفرتين الانفيتين تعصبها اعصاب محركة للاوعية آتية من الجملة الودية لعقدة مكل فكل آفة تصيب تلك الاعضاء تحدث اولا اختلالاً في الدوران فضموراً ينجم منه نقص في متانة العضو المذكور فتكثر الجراثيم فيه وتكون القشور فتتحلل المواد البرتوئيدية تحللا عفناً وتنبعث منها الرائحة العفنة · وقد تصاب اعصاب اخرى من الجملة الودية كما في الحوادث المستقرة في الحنجرة والرغامى · وقد يكون داء الافرنج والسل سبب هذه الافة فما من ينكر ان

للزهري دخلاً عظيماً في احداث هذه العلة غير ان هذا الشكل يتصف بانه يشفى غالباً .

و يقول بعضهم ان نتن الانف مرض عفني سببه عامل خاص فولدت النظرية العفنية واخذ العلماء يفتشون في مفرزات انوف المصابين بالنتن عن الجرثوم المحدث لهذه العلة ففصل البعض مكورات عنقودية مختلفة وفصل (آبل) و (لونبرغ) عصيات من نوع عصيات فريدلاندر و كشف (غونس) عصية سبب تركها في المحم ٤٨ ساعة تراكم كمية من المخاط في قاع الانبوب فاعتقد انها العصية التي كان قد عثر عليها (آبل) و (لونبرغ) غير ان هذه تمتاز عن عصية (آبل) و (لونبرغ) ببعض الاوصاف ولا سيما بتجربة الاختمار وكواشف التلازن المتقاطع ثم جاء (جوليانل) وفصل عيلات جرثومية كثيرة يختلف بعضها عن بعض بخواص التلازن المختلفة وعمل ترسيب السكر او تلقيح الحيوانات ومداواتها بالمصول الخاصة كما فعل (بلان) و (بانغالوس) في اثينا سنة ٩٢٨ .

وقد اعلن العالم (ورمس) وزميله في سنة ٩٢٧ لمؤتمرامراض الاذن والانف والحنجرة المنعقد في باريس انهما يعدان عصية (آبل) و (لونبرغ) عاملاً مرضياً محدثاً للمرض واظهرا رأيهما استناداً الى تتبعاتهما ان نتن الانف ينجم من سببين احدهما عصبي والاخر جرثومي هو عصية (آبل) و (لونبرغ) المحدثة للعفن .

ثم فصل (بزر) عصية مكورة في قشور الانف النتنة ووجد (بلفنتي) عصية ايضاً من العصيات الذباحية الكاذبة فاستعمل مصلاً مضاداً لها فشفى بعض مرضاه فاستنتج انها هي السبب المحدث .

وقد بين (هالنن) في سنة ٩٢٤ نظرية جديدة سماها النظرية الدرقية وارتأى (شولمان) رأيه لما شاهده في المرضى المصابين بنتن الانف من اختلال الوظيفة الدرقية (كازرقاق النهايات ، والهجمات الحمية والشلل الحدقي) وغير ذلك من العوامل الكثيرة التي دعت الى القيام بتتبعات جمة فاثبت في اطروحته التي وضعها في باريس سنة ٩٢٤ ان العلة المعروفة بنتن الانف تصيب النساء اكثر من الرجال ويرجح ظهورها في سن البلوغ وهي تظهر بعلامات لها علاقة بالوظيفة الدرقية وقد بدأ ينظر من ذلك الحين الى اختلال الدرق كسبب محدث لنتن الانف ·

ثم عزا بعضهم هذه العلة الى قصور المبيض في النساء

وقال (ماجر) ان نتن الانف ذو علاقة بالعاهات الخلقية في الاعضاء الناشئة من الوريقة الظاهرة (كالجلد والاسنان) واوصى بتحري عوارض تلك الاعضاء في المصابين بهذه الافة تحرياً دقيقاً ·

ويظن (هوفمان) ان نقص النمو في صقل الانف والالتهابات التي يصاب بها هذا العضو في سن الطفولية له تأثير خاص في تكوين المرض ·

وما نتن الانف حسب رأي (هيرخ) الا التهاب عظم القرينات وسمحاقها

ويعتقد (لوتنشلاغر) ان نتن الانف قد ينجم من جميع الجراثيم المحدثة لامراض نفاطية في الاطفال ·

واعتقد (غلاشيب) ان هذا المرض مظهر لمرض عام عضوي وليس الضمور الذي يصيب عظام الانف فيه الا رمزاً لضمور العضوية العام فالمعثكلة (بنكرياس) ضامرة وافرازها الباطن مضطرب ، وشاهد ان مخمرات الشحم في

الدم كانت ناقصة في ثلاثين حادثة ·

وقد نسب غليشمان في المانية هذه العلة الى تبدلات كيماوية في الدم (ازدياد شحم الصفراء « كولسترين » ازدياداً فائقاً) وهي تنجم حسب رأى (هالغن) في فرنسة من نقص مفرزات الغدد الداخلية الافراغ ·

هذا كل ما يقال في اسباب هذه العلة واما مداواتها فلا تزال قيد البحث لتعدد النظريات التي اوردناها ولا يزال العلماء مهما كانت الطرق الدوائية التي يقترح اجراءها المجربون يولون وجوههم شطر النتائج التي قد تأتينا بها الممارسة اليومية وقد مكنت الفرص العالمين (دوتلية) و (لاموت) من شفاء مريض باعطائه كمية وافرة من صفصافاة الصوده لمكافحة الرثية المفصلية الحادة التي كان مصاباً بها وقد استعملت هذه المداواة في تسعة مرضى اخرين فلم تكن النتائج باهرة بل اثرت بعض التأثير في البعض ولم تفد في البعض الاخر ·

ثم بين (لبلا) في اطروحته التي وضعها في باريس سنة ٩٢٤ طريقة دوائية جديدة وهي الاستلقاح الموضعي وقال في موءلفه ان هذه الطريقة الدوائية ان لم تكن شافية فهي تحسن العلامات العائدة الى الانتان وترجح بالنظر الى سهولة استعمالها على سائر الطرق الاخرى · يوصي الموءلف اولاً بتخلية الحفرتين الانفيتين من القشور ثم بطلاء الغشاء المخاطي بصفراء الجاموس العقيمة التي توسف الغشاء المذكور وتقبضه قليلا فينفذ اللقاح فيه واللقاح نوعان سائل ومسحوق يستحضر بزرع مفرزات الانف في الغراء (gélose) زرعاً خاصاً ويجب ان يكون اللقاح كثيفاً وفي كل سم٣ منه عشرة مليارات جرثوم واما

كيفية الاستعمال فهي ان تبل قطعتا قطن بزهاء سنتمترين او اربعة سم[٢] من اللقاح السائل وتوضعا في الحفرتين الانفيتين ساعة واحدة ويعاد هذا العمل عشرة ايام متتابعة واما اللقاح المسحوق فهو متمم للقاح الاول. يداوى به المريض ١٥ يوماً بعد انتهاء الايام العشرة الاولى التي عولج بها بالسائل وذلك ان يدخل المريض الى انفه من اللقاح المذكور ما يعادل (١٣) ملياراً من الجراثيم وقد اعطته هذه المداواة نتائج حسنة ·

ثم عرض (بورتامن) على موءتمر الاذن والانف المنعقد في باريس سنة ٩٢٦ النتائج التي جناها من هذه الطريقة فلم تكن مرضية

وقدم (دانيول) في سنة ١٩٢٧ الى جمعية المستشفيات في باريس مريضاً عالجه باللقاح الموضعي فزالت من انفه القشور والرائحة العفنة غير ان الضمور لم يتبدل ·

وقام (مرين) باختبار طريقة دوائية اخرى فوجد ان خير دواء لهذا الداء هو الطريقة الجراحية فوضع في سنة ٩٢٤ في باريس اطروحة مبيناً فيها الفوائد التي جناها ولم تكن باهرة وعقبه في الوقت نفسه (سيم) فاستعمل الطريقة نفسها وهي تقوم بتبديل موقع الجدار الأنسي للجيب الفكي وكيفية العمل هي اجراء شق قائم في الحفرة النابية على طريقة لوك المتبعة في العمليات الشافية لالتهاب الجيب الفكي وتطويل الشق حتى الجدار المطلوب ثم قطع هذا الجدار ازاء حافته السفلية بالمقراض واجراء قطعين اخرين ايضاً احدهما في الامام والاخر في الوراء حسب اتجاه قائم على القطع الاول والمحافظة على المخاط من الانثقاب ثم رفع الجدار المفصول الى الطرف الانسي حتى ينطبق القرين السفلي على الوتيرة (حجاب الانف) فتتم العملية ·

وقد جرب بعض العلماء استناداً الى النظريتين الودية والغدية المداواة بخلاصة الغدد ذات الافراغ الداخلي وبقطع الأعصاب الودية المؤدية الى الحفرتين الأنفيتين فاعطوا المرضى محلول الكظرين الالفي في فواصل الطعام ٥٠ قطرة في اليوم واشاروا بابلاغ هذه الكمية حسب تحمل المريض من (٨٠—١٠٠) قطرة واشركوا ايضاً هذا الدواء بالأدوية العضوية متى لم يكن ما يمنع اعطاءها يعطى العلاج عشرين يوماً ويقطع عشرة ايام وحين الطمث واجازوا اشراك هذه المداواة ايضاً مع الأدوية المضادة للتصلب وكانوا اذا لم يتوصلوا بهذه الطريقة الى نتيجة حاسمة يستعيضون عنها بأزوتية البيلوكربين او الازرين فيعطون من الأول حسب تحمل المريض سانتيغراماً واحداً او سانتيغرامين تحت الجلد ويعطون من محلول الثاني الكحولي (٣٠—٨٠) قطرة يومياً على ان لا يعطى في الوقت نفسه شيء من خلاصة الغدد ذات الافراغ الداخلي وقد كانوا ينظرون الى البيلوكربين نظرة عنصر مهم في تعيين الانذار فمتى كان الغشاء المخاطي ينتفخ بعد الحقن كانوا يعدون هذا الامر علامة حسنة ومتى لم يكن ينتفخ كان الانذار اقل حسناً ولم يعط قطع الالياف الودية حول الشريان السباتي الظاهر نتيجة حسنة ويعتقد (فاشران) ان خيبة هذه الطريقة كانت تنجم من شيئين هما تعذر تعرية الشريان واستحالة ابعاد الاسباب المرضية كلها لأن الاعصاب الودية للحفرتين الانفيتين لا تأتي بطريق واحد وهو طريق الوعاء بل تصل اليهما بطريق آخر وهو الطريق العصبي الناجم من تفاغر العقدة الوتدية الحنكية ٠

وقد جرب (تبطس) منذ بضع سنوات المداواة بالاستدماء الذاتي فأفاد مرضاه

في ايام معدودة . ثم استعملت مواد مطهرة ملونة فلم تفد وسعى بعض الموءلفين الى تضييق حفرتي الانف بحقن القرينات بالبارافين فكانت النتائج احسن من النتائج التي استحصلت في الطرق السابقة ولكن لا يجوز الالتجاء الى هذه الطريقة ما لم تخب الطرق الاخرى .

اما (سيمس) فقد اشار استناداً الى التحولات الليفية الضامة التي تقع في غشاء شنايدر بين سن (٥٠ — ٦٠) من العمر بطريقة دوائية اخرى سماها (تصليب نتانة الانف) وتقسم هذه الطريقة الى مرحلتين الأولى تخليص المريض من القشور والرائحة العفنة والثانية تصليب الغشاء المخاطي نفسه ولهذا تمسح الحفرتان الانفيتان لتزول القشور والنتانة بقطع من القطن مبللة بمزيج الغليسرين والاختيول واذا لم تفد هذه الواسطة الافادة الكافية وبقي التعفن تهوى الجيوب التي هي مقر الرائحة العفنة بالهواء المضغوط بآلة خاصة دافعة وجاذبة تدفع الهواء الى الجيوب ثم تجذبه في آن واحد وتصلب البطانة المخاطية بعدئذٍ بطليها اولاً بمحلول قابض كمحلول كلورور التوتيا او حامض اللبن او حامض الأزوت ثم تخرب البشرة المريضة بالكاوي الغلفاني رويداً رويداً حتى يتكون النسيج الندبي ويظهر الغشاء الليفي الضام المطلوب الذي لا يفرز مفرزات مرضية واما حس النشوفة التي يشعر بها المريض في انفه فتخفف باستنشاقه الفازلين المبوَّر (vaseline boriquée)

وبين (جاك) من ناسي الشبه بين نتن لانف والتهاب السمحاق والعظم السنخي السني من حيث السير والاسباب الجرثومية والضمور الموضعي الذي كان يصيب الاجزاء العظمية المغطاة بالغشاء المخاطي للحافة السنخية وقال ان

هذا اللقاح الكثير الجراثيم الكثيف الذي ثبت نفعه في تقيح القوس السنخية السنية نافع ولا شك في نتن الانف فجرب به وجني منه فوائد جمة لان الحقن التي اجراها منه في باطن الانف أدت الى حصول المناعة الموضعية وسقوط القشور وزوال الرائحة النتنة غير انها لم تمنع الغشاء المخاطي عن طروء التحول عليه ·

وجرب بعض الاطباء على اثر ضمور المعثكلة واضطراب افرازها الباطن مداواة نتن الانف بالأنسولين فشفي من المرضى ٢٠ ٠/٠ واختبر (اريخ فرنك) السنتالين ووضع قطعاً من القطن في الحفرتين الانفيتين مبللة بالأنسولين ·

وقد جربت في مرضاي المداواة باللقاح الذاتي مناوبةً مع الاستدماء الذاتي وغسول الانف ببعض المحاليل المطهرة فاستنتجت نتائج تذكر ولم ارَ للكظرين نتائج محسوسة ·

المشاهدة الاولى : فتاة سنها ٢٦ سنة اصيبت بنتن الانف منذ ست سنوات اتت عيادتي في ١٨ حزيران سنة ٩٢٦ فشاهدت ضموراً متوسطاً في القرينين السفليين اشدّ في الجهة اليمنى منه في اليسرى مع سيلان مزمن من الاذنين والتهاب البلعوم الجاف وكانت القشور كثيرة والعفن شديداً فعدلت الغسول شيئاً من العلامات لكنها لم تمحها بتاتاً فاعطيتها في ١٠ تموز سنة ٩٢٦ من محلول الكظرين جرعات متزايدة حتى ستين قطرة في اليوم · فتحسنت حالتها تحسناً جلياً غير ان التحسن لم يكن الا موقتاً لان العلامات المرضية عاودتها واشتدت في ٢٧ تشرين الاول سنة ٩٢٦ فارسلتها الى الاستاذ الجراثيمي حمدي بك الخياط فأخذ من مفرزات انفها واستحضر لقاحاً ذاتياً فكان يحقن منه مناوبة مع الاستدماء

الذاتي وتجرى الغسول المطهرة في الانف ثم غابت عني المريضة منذ ١٦ مايس سنة ٩٢٧ حتى بضعة اشهر خلت اذ جاءت والدتها العيادة الاذنية في المعهد الطبي لمداواة ابنة صغيرة مصابة بخناق (فنسن) فعرفتها وسألتها عن ابنتها المريضة فافادتني انها حسنة ولم تر منذ ذلك العهد اقل اضطراب في انفها واذنيها ·

المشاهدة الثانية: فتاة عمرها ١٩ سنة اصيبت منذ عشر سنين بنتن الانف جاءتني في ١٠ نيسان سنة ٩٢٨ مستشفية فرأيت التهاب الانف الضموري المضاعف واكثره ازاء القرينين السفليين مع كثرة القشور والرائحة النتنة وكانت هذه العلامات تتلاشى عند اجراء الغسول وتعود متى تركت فعالجتها باللقاح وبالاستدماء الذاتيين فبدأت تتحسن وزالت القشور والرائحة العفنة وفي ٣ آب سنة ٩٢٨ كان التحسن عظيماً ولم تعد الي مرة ثانية ·

❧

بعض مشاهدات عن داء المتحولات البولي

للحكيمين

ج شفاليه
رئيس جراحي مستشفى القديس لويس بحلب

سوليه
جراح المستشفيات العسكرية وجراح في مستشفى ألبرفورنيه بحلب

ترجمها الطالب السيدمسلم القاسمي

ليست هذه المشاهدات الاصفحة من صفحات الذين تصدوا لموضوع داء المتحولات البولي (amibiase urinaire) : هذا الموضوع الذي ما برح يتعثر باذيال الغموض يعوزه بعد التقصي ، وطول الاختبار ·

ومقالنا هذا لم نرم من ورائه القاء نظرة اجمالية او وضع حل نهائي نبتّ فيه قضية داء المتحولات البولي ، ذلك لان قلة المراجع العلمية ، والمساند الطبية في حلب لا تسيغ لنا هذا الحل ·

ولكن المشاهدات التي جنيناها ، والتي كنا قد نشرناها فيما مضى لا تقعدنا عن ان نضع جدولاً سريرياً ندرج فيه حوادث داء المتحولات المثاني ، ولا ان ندحض مزاعم الذين بحثوا في هذا الموضوع خلال السنوات الاخيرة ·

وغني عن البيان ان مشاهدة واحدة من داء المتحولات الكلوي لا تدعنا نقف من استقرار المتحولات على حقيقة ناصعة لا ريبة فيها · من اجل ذلك كنا نرى ان نبسطها للقراء كما هي دون ان نبرم فيها الحكم الاخير ·

واننا نتقدم اولاً بمشاهداتنا الثلاث فيما يتعلق بالتهاب المثانة :

المشاهدة الاولى (للحكيم سوليه Soulié)

ولد الملازم د . الفرنسي الاصل في المستعمرات وله من العمر الآن (٣٢) سنة ينتمي الى فرقة الرماة السنغالية .

اصيب في حداثة سنه بالحمى الصفراء دون ان يستطب لأي حادثة زحارية . وفي عام ١٩١٤ اصيب بحرقة بول ، وابل دون عرقلة ، وفي عام ١٩٢١ انتابته نزلة وافدة وفي دور النقه منها طرأت عليه حادثة التهاب مثانة انقشعت عنه بالمداواة الطبية .

وفي مقدمة عام ١٩٢٦ عراه ألم في اسفل بطنه حيث كان يشعر بحرقة اثناء بيلته ، ثم تناول الاوروتروبين واشير عليه بالاستحمام الموضعي الحار .

وفي ٢ تموز رحل جيشه فانخرط في فرقة اخرى ولكن لم يلبث ان أمّ حلب في ٦ تموز لانه كان يتألم من ناحية المثانة ويشكو البوال اليومي .

وفي ٧ تموز كان منظر بوله عكراً مخضباً بالدم ، والاحاليل والصماخ جافين وقطر الاحاليل طبيعياً ولم يكن في البربخ والموثة شيء يسترعي الانتباه ، ولا نقاط موءلمة في الكلية والحالب ، وفحص مفرزات الاحاليل بعد عصر الموثة لم يرنا مكورات بنية (غونوكوك) ، حالة المريض العامة جيدة لا حمى تعروه ، ولا خلل هضمي ينتابه .

وفي ٨ تموز حصلنا على بول نظيف من المثانة بالقثترة ، وعرضناه على الزميل الماجور صونداغ (Sondag) طبيب المستشفيات العسكرية ليفحصه جرثومياً ، فافاد هذا ما نصه :

« ان البول عكر لا يصفو الا بعد الانتباذ (centrifugation) والقسم

الصافي منه يحوي الآحين (البومين) اما القسم الراسب فقد اجريت عليه التحريات الاتية :

التلوين على طريقة تسيل نلسن : لم يبد عصيات كوخ ·

التلوين البسيط وعلى طريقة غرام : مكورات معوية وكريات قيح ·

فحص الجراثيم عبيطاً (حية) شوهد فيه عدد كبير من المتحولات ·

وفي ٩ تموز : عولج المريض بغسل المثانة بمحلول نتراة الفضة : (نسبته ١/٢٠٠٠) وبحقن (٠،٠٨ غ) من الامتين في الوريد ·

وفي ١١ تموز : شوهد في البول المستحضر بالقثترة كثير من المتحولات وكريات بيضاء ، وثوبر يومياً على حقن الوريد بالامتين (٠،٠٨ غ) وتقطير نتراة الفضة في المثانة حيناً ، وزيت الغومنول حيناً اخر ·

وفي ١٦ تموز : كان البول اصفى من السابق ، والمتحولات وفيرة في رسوبه

وفي ١٩ تموز : كان قد اجري للمريض حتى اليوم عشر حقن امتين (٠،٠٨ غ) واصبحت حالته العامة جيدة ، وقلبه طبيعياً ، وضغطه الشرياني (١٥ × ١٠) « فاكز لوبري Vaquez - Laubry » وتناقص عدد المتحولات تناقصاً ملموساً ، حتى انه قلما كنا نعثر على واحدة منها الا بعد تحرٍ طويل في عشر او خمس عشرة ساحة مجهرية حيث تكون المتحولة آخذة شكل الاكياس النظامي ·

شرعنا بعد هذا بحقن سلسلة من (النوفارسنوبنزول) خفيفة (٠،١٥ — ٠،٣٠ غ) الى ان استوقفتنا في ٢٣ تموز حوادث عدم تحمل (intolérence) العلاج وهي الصداع والاسهال ·

وفي ٢٤ تموز : لم يعد في البول اثر للمتحولات ، والبول صاف ، والآلام المثانة زالت تماماً .

وفي ١٧ آب : غادر المريض المستشفى وانتظم في سلك فرقة عسكرية حيث كان بوله في هذا اليوم صافياً سحابي المنظر قليلاً فيه نزر يسير من الآح لاقيمة له نسبة الى فحوص البول السابقة ، هذا عدا اننا لم نجد فيه طفيلياً واحداً .

عوين المريض في ايلول وتشرين الاول سنة ١٩٢٦ وما انفك الآح الزهيد يبدو بشكل سحاب في بوله .

وفي ١٩ كانون الثاني سنة ٩٢٧ : فحص للمرة الاخيرة بعد اربعة اشهر ونصف شهر خلت من المداواة فكان المريض متمتعاً بصحة جيدة ، ولم يعد يشكو اضطراب البول ، هذا وان البول رائق لا يحوي ذرة آح قط .

المشاهدة الثانية (للحكيم شوفاليه)

عقيلة « ب » سورية في العقد الثاني من العمر زوجت في غضون عام ١٩٢٥ وحدث لها في مستهل زواجها التهاب فرجي مهبلي خفيف الوطأة صاحبه سيلان ابيض لم يستدع اهتمامنا كثيراً . ولما سنحت لي الفرصة لمشاهدة هذه المريضة ، كان ذلك عقب زواجها بستة اشهر ، عندما مثل امامي امرأة قصيرة القامة ، نحيفة [1] الجسم شاحبة اللون . ولكن لدى فحصها والتبحاث عن احوالها السابقة لم أجد امراً يلفت النظر ولاسيما فيما يتعلق بحوادث زحارية حادة اومزمنة .

من اجل هذا : لم نعن الا بالتهاب المهبل والفرج فوجهنا اليه المعالجة اللازمة « في تشرين الاول سنة ٩٢٥ » حتى بدت على صحة المريضة بعد اربعة

(١) النحيف خلقة والهزيل والنحيل مرضاً

اشهر ا ١٩ شباط سنة ١٩٢٦) آيات التقدم ·

هذا ، ومما يجدر ذكره ان أخذها بالامس (١٨ شباط سنة ٩٢٧) بينما كانت طافحة بالاسحة تبول (dysurie) وآلام في ناحية الخثل تشتد اثناء البيلة حتى اصبحت تبول من جراء ذلك قطرة فقطرة ، ودام ذلك حتى الساعة العاشرة مساء · ثم نامت مريضتنا حتى الصباح وبالت عندها بولاً لم يتخلله ادنى ألم ·

لاحظت المريضة ان هجمة الالم هذه حصلت اثر طعام غني بالبهارات ، وان طمثها بدأ يقل شيئاً فشيئاً ، وهذا ما حملها على سرد حوادث مشابهة لهذه ، اتفقت لها منذ مقدمة زواجها اذ كانت اصيبت بحمى ·
ولدى فحصها شاهدنا فرجاً شاحب اللون يغشيه بعض مفرزات مائعة وتحققنا باللمس ان اعضاء الحوض سليمة ·

اما داء المتحولات البولي فلم يرد الى بالنا اي لم يكن موضع الشبهة ؟ فهذه الآلام التي تظاهرت باضطراب البول ثم توارت كان لها على ما يظهر علاقة بالطعام الكثير البهارات ، ولكن بقاء القولنجات الخفيفة صباحاً قبل التغوط حدا بنا الى فحص الغائط فرغبنا الى رئيس المخبر الحكيم ميغاربان (Megarbane) ان يجريه ففعل ولم يجد الا بيوض شعرية الرأس (تريكوسيفال) ·

وفي ٢٩ آذار : تقدمت الينا هذه المريضة الفتية شاكية هجمة التهاب مثانة طرأت عليها منذ ايام ثلاثة · اما البيلة فظلت طبيعية ما بين هاتين الهجمتين اذ في السادس والعشرين من شهر آذار في الساعة الحادية عشرة صباحاً شعرت

بحس احتراق في البيلة وازدياد البوال قليلاً دون ما ألم في الخثل ولا حمى ولا اية حادثة اخرى . كانت تقضي الليل هادئة دون ان تنهض للبيلة ، والحرقة اخذتها في اليوم التالي حتى المساء ، وبقيت هذه الليلة كالسابقة لم يعتورها امر يعكر صفوها ويخل براحتها الا هجمة خفيفة الوطأة ظهرت فجأة ثم اختفت من نفسها .

وفي هذه المرة فحص البول الحكيم ميغاربان (في ٢٧ / ٣ / ٢٦) فكان عكر المنظر فيه عدد كثير من الكريات البيضاء وخلايا المثانة والكريات الحمراء بعد التثفيل والفحص الحي (à l'état frais) ولم يكن فيه اثر للمتحولات . اما الاحين (البومين) فموجود .

وفي ٢٨ / ٣ / ٢٦ : اخذنا البول في قدح معقم فكان فيه (كريات بيضاء ، وخلايا المثانة) الا اننا لم نلحظ كريات حمراء او متحولات حية او آحيناً . اما الغائط فكانت فيه دائمًا بيوض شعرية الرأس (تريكوسيفال) دون متحولات . ولم تكشف بفحص المريضة اية نقطة بولية مؤلمة او شيء غير طبيعي في مواضع الجسم الاخرى .

كان العلاج كلورمائية الامتين حقناً تحت الجلد . اما المريضة فقد كتب لي ان اراها بعد تلك المدة في الشهر الثاني من حملها الاول ولم تصبها حادثة مثانية جديدة قط وكانت ولادتها طبيعية في (٨ كانون الاول) ثم رايت المريضة ثانية في ٤ تموز سنة ١٩٢٧ وهي مترعة عافية ونشاطاً ولم تشكُ لي اقل تشوش مثاني او خلل هضمي او ما شاكل ذلك .

المشاهدة الثالثة (للحكيمين شوفاييه ، ومركيز)

« م ٠ د » سوري في السابعة والعشرين من العمر اصابتـه حرقة بول (blennorragie) مزمنة اصبحت شغله الشاغل آناء الليل واطراف النهار ٠ بدا سيلانها في عام ١٩٢٣ واخفقت المعالجة المجهضة والغسولات المنتظمة فيها ٠

وقد نزلت به حادثة التهاب مثانة رافقتها بيلة دموية وآلام قطنية وحمى الزمته فراشه دون ان تنقطع تماماً فاستشـار جماغفيراً من الاطباء وكنت منهم واذكر اني شاهدت المريض للمرة الاولى منذ عام ١٩٢٣ بنـاء على طلب طبيبه المداوي ٠ اما الان فالمريض يبدي نوعاً من التهاب الموثة الخفيف الحدة وعدة اضطرابات بولية : كالآلام القطنية والمثانيـة وتشوش البيلة التي لازمته منذ ذلك الحين ٠

وهكذا كنا في عام ١٩٢٥ اشرنا على المريض ان يعتمد على الطبيب الماجور روسيل (Roussille) جراح مستشفى حلب العسكري والاختصاصي بالامراض البولية وهذا رغم طول صبره في مداواته طبق الاصول خاب مسعاه في مكافحة التشوشات المثانيـة مما دعاه الى فحص البول في (١٥ نيسان سنة ١٩٢٥) من قبل الطبيب المـاجور دونوو (Denoeux) رئيس مخبر الجراثيم في المستشفى العسكري فكانت نتيجة الفحص ان فيه اكياس المتحولات واما فحص الغائط الذي اضطر الطبيب الى اجرائه نظراً الى تشوشات الهضم التي يبديهـا المريض منـذ عشر سنين (وهي القبض غير المنتظم) فقد اظهر ان الفوسفاة كثيرة فيه ٠

ان المعالجة بالامتين ثم بالستوفارسول والتريبارسول افادت في خلل الهضم

كثيراً (كانتظـام امر التغوط وزوال القبض) ولكن التشوش البولي لم يتبدل فغسلت المثانة بمحلول نتراة الفضة ·

ان هذه التشوشات البولية تتصف بميل متفاوت الدرجات الى البيلة وحس احتراق اثناء قذف البول ، وآلام في ناحية العجان ، وبيلة فوسفوريـة تزداد خاصة بعد التعب والموءثرات النفسانية والغضب واضطراب الفكر والبرد وقد لعبت هذه العوامل دوراً كبيراً في حالة المريض الروحية ·

فحص المريض بدورات متتاليـة ، ولم يزل يشكو آلامه المعهودة دون ان يفسح لنا الاستقصـاء البولي وجهاً للحل ، اللهم الا موثة قليلة التحدب وحساسة لدى اللمس ، لم يكشف لنا الاستقصاء فيها شيئاً يصح معه الاعتماد عليه ، كما ان الاستقصاء في الاحليل لم يبد لنا امراً غير طبيعي ، وسعة المثانـة طبيعية · وكانت المعالجة بالامتين ، والستوفارسول ، والتريبارسول ، معالجـة سددت ضد المتحولات وقداجريت مرات عديدة منذ ١٩٢٥ ولكنها لم تجد نفعاً

اما حرقة البول التي اصيب بها موءخراً في تموز ١٩٢٨ فقد افادتنا كثيراً فان فحص البول المجهري المجرى في ٢٧ تموز ١٩٢٧ من قبل الطبيب المـاجور (سونداك) طبيب المستشفيات العسكرية بحلب دلنا على متحولات زحارية وها هي خلاصة هذا الفحص :

في القدح الاول : كثير من كريات القيح ، مع كثيرات النوى ، وقليل من المكورات البنية ، والخلايا البشرية المختلطة مع المتحولات ·

في القدح الثاني : كثير من كريات القيح ، فوصفـاة النشادر والمغنيزيا بعض مكورات عنقودية آخذة لغرام ·

في القدح الثالث : كثير من كريات القيح ، فوصفاة النشادر والمغنيزيا وكثير من المكورات العنقودية ، والمكورات الدقيقة البولية (ميكروكوس اورآ) لجأنا بعد هذا الى فحص جديد في البول انكشفت لنا فيه المتحولات ، واليك خلاصة هذا الفحص المجرى من قبل الماجور سونداك .

ان تجارب الاقداح الثلاثة احرزنا فيها بولاً عكراً لا يلبث ان يصفو وفحص ثفالة البول بعد التثفيل أُجري على نماذج البول الثلاثة بحالة عبيطة (حية) ثم بعد التثبيت قد حظينا منه بالنتائج الاتية :

١ً — فوصفاة النشادر والمغنيزيا : عدد كبير من البلورات بشكلها الوصفي

٢ً — متحولات وصفية بابعادها وغلافاتها الواضحة وهيولاها المحببة .

واما بعد التثبيت بهما توكسيلين هيدنهاين الحديدي فقد شوهدت نوى المتحولات الاربع وهذه المتحولات تبدو تارة وحيدة وتارة مثنى مثنى دون ان تختلط باي عنصر من عناصر البول .

٣ً — مكورات عنقودية بكثرة .

هذه هي مشاهدة على حرقة البول المزمنة مع التهاب المثانة المزمن عثرنا في سيرها ذي الكرّتين البعيدتين على متحولات في البول ، وحقيقة ان حرقة البول وانتانات المثانة التالية حالت دون بروز اثار المتحولات بوجه يتلاءم مع الاعراض التي يشكوها المريض .

اما المعالجة المختلطة المركبة من لقاح المكورات العنقودية الذاتي (auto - vaccin staphylococcique) وغسولات المثانة والارسنوبانزول فقد وضعت تحت التجربة .

فلنسجل الان صفحة من وقوع داء المتحولات المزمن في سورية الشمالية ومما يجلو لنا الامر ان اب المريض وامه حاملان للمتحول الزحاري المتظاهر بتشوشات كولونية مزمنة ٠

وانا ليتراءى لنا في المشاهدات التي تقدمت والتي كانت نشرت 'ن قائمة التهاب المثانة المزمن لم تنضج ابحاثها بعد ٠ وعلى كل فمما لا مشاحة فيه ان الالتهاب يسير بادىء ذي بدء شديداً في الغالب ، والتشوشات قابلة للاختفاء عفواً كما حدث ذلك لمريض المشاهدة الثانية ، وتظهر في اثناء ذلك بيلة دموية اشارت اليها عقيلهباناياوتاتو في مشاهداتها الاربع وقد نقصت في مشاهدتنا الثانيه حس الاحتراق والالام اثناء البيلة ، وصعوبة طرح البول ، والبوال وحس ثقل او الام في ناحية الخثل ظهرت في مشاهداتنا كما في مشاهدات غيرنا من الباحثين ٠

ويلوح لنا ان هذا الاستقرار المتحولي حساس لا يقوى على المداواة المضادة للزحار ، ومشاهدات عقيلة بناياوتاتو تدعم هذا الامر ٠ وفي مشاهدتنا الاولى لم تقاوم هذه المتحولات المعالجة بالامتين الا عشرة ايام حتى ان المتحولات زالت بعد (١٤) يوماً ولم نجد لها اثراً ، والمريض بعد بضعة اشهر من معالجته لم يظهر فيه ما يدل على النكس ، ومشاهدتنا الثانية حيث التشوشات المثانية كانت ازدادت من تلقاء نفسها لا تذهب بنا نحو الظن بالنكس ، لانه لا يعقل ان يحدث النكس بعد مضي (١٨) شهراً من معالجتنا للمتحولات ٠

في مشاهدتنا الثالثة ما برحت المتحولات موجودة رغم المداواة

الخاصة . ولكن الامر الذي لا مندوحة عن ذكره هو التساؤل عما اذا كانت المتحولات استقرت هنا مبدئياً او تطرقت من زحار الامعاء المزمن ؟ ان اختفاء المتحولات في فحص البول في ٢٧ تموز عقب معالجة ضد المتحولات وظهورها مدة اشهر بعد ترك المعالجة يحملنا على التمسك باهداب الرأي الاخير .

ان المصدر المعوي في هذه المتحولات الثانية امر مسلم لا مراء فيه ، ومريض المشاهدة الاولى لم يشكُ لنا حوادث زحار معوي لكن غائطه لم يفحص وقتئذٍ ، لذلك كان من الأوفق في الرأي ان نجزم باستقرار المتحولات المبدئي في المثانة . على ان فقدان المتحولات في الغائط (في المشاهدة الثانية) لا يدفعنا الى قبول استقرار المتحولات مبدئياً في المثانة للسببين الآتيين :

اولاً : لأن فحص الغائط لم يكن متتابعاً المرة تلو المرة حتى نستطيع طرحه جانباً . ولان المريض يبدي ادواراً منفية في الوقت الذي لم يعدم اكياس المتحولات .

ثانياً : ان حدوث داء المتحولات المعوية المزمن ذي التظاهرات السريرية الناقصة كثير في سكان حلب وسورية الشمالية ومريض مشاهدتنا الثانية مصداق لذلك .

وان الاستناد الى فقدان المتحولات في الغائط لاثبات امكان استقرار داء المتحولات البولي مبدئياً كما فعل بيروت (Beyrot) هو خطأ صراح واستنتاج باطل لا جدال فيه ، وكان الاحرى بهذا ان يجري فحوصاً مستمرة وتتبعات كثيرة لا يفصل بينها زمن طويل حتى يكون على بينة من صحة مزاعمه . ومع

ذلك فانــه يصرح في احدى مشاهداته انه عثر في خلال فحوصه على لمبليات في الغائط ونحن نعلم مبلــغ اشتراك اللمبليات مع المتحولات الزحارية جنباً لجنب ٠

ان المصدر التالي لداء المتحولات المثاني اقرّه الكثيرون ومنهم بتزيتا كيس (Petzetakis) وعقيلة بنابوتاتو ٠

اجل لا خلاف ان داء المتحولات المثاني موجود والتجارب التي اجريت بشأنه قد ايدت ذلك ٠ ولكن ليس في وسعنا قبول الاعتراضات الاتيــة التي قدمت في سياق مناقشة جرت في جمعية البلاد الحــارة الطبية الصحيــة حول نفي هذا الاستقرار الزحاري وهي :

اولاً — داء المتحولات المثاني لم يصادف الا في مصر وامريكا الجنوبية ٠

ثانياً — ربما كان تمييز المتحولات عن البلعمات الكبيرة (macrophage) المحتوية في جوفها على الكريات الحمراء والخلايا البشرية امراً مستصعباً ٠

فالاعتراض الاول نجابهه بمشاهداتنا ٠ لا شك ان داء المتحولات المثــاني نادر ولكن من المحتمل انه يقع بصورة غير محسوسة لخلو المريض من اعراضه وامكان شفائه العفوي الامر الذي يبين لنا سر اهمــال المريض نفسه له الا قليلاً ٠ وان ما تتحفنا به المخابر دون ان يقرن بالاعراض السريرية يجعلنا في حيرة من صحة الامر ما لم يجر فحص البول النظامي من الوجهة الطفيلية ٠ أفكان يجرى هذا الفحص غالباً يا ترى ؟

اما الاعتراض الثاني فتذلله مقدرة الجراثيميين الذين انهكوا ابصارهم منــذ

سنين ، وهم دائبون على متابعة اعمالهم بتحري المتحولات عدة مرات في نهار واحد .

هذا وقد انهينا مشاهداتنا الثلاث فيما يتعلق بالتهاب المثانة نتقدم الان بمشاهدتنا الوحيدة عن التهاب الحويضة والكلية التي صادفنا فيها متحولات في البول وكان للمداواة المضادة للزحار في شفائها اليد الطولى .

المشاهدة الرابعة (للحكيم شوفاليه)

عقيلة (س . ك) سورية لها من العمر خمس وعشرون سنة اتت اليّ للمرة الاولى في العشرين من ايلول سنة ١٩٢٧ تشكو :

١ً — تشوشات هضمية كانت قد اعترتها منذ سنتين ونصف سنة عولجت — والنجاح كان رائدها — بمختلف الوسائل حسب التشخيص الذي كان قد وضع (٢ً) بيلة آحينية اصيبت بها في سياق حملها الحالي .

القيت جانبا تشوشاتها الهضمية الماثلة بآلام المعدة والقبض واصبحت اصيخ الى حوادثها البولية .

حملها الحالي طبيعي ، لم يعر المريضة في مقدمته الا بعض غثيانات (nausées) وهي الان في شهرها السابع ومنذ شهر ونصف شهر اخذتها حمى وآلام في القطن وقد ابدى لنا فحص البول ان فيه ٢٥ ، ٠ سنتغم من الاحين في اللتر والفحص المجهري لم يكن مجرياً .

ولكن منذ ذلك الحين بقي البول عكراً ومعايرة الاح التي اعيدت الكرة عليه كثيراً كانت ثابتة على مقدار واحد ولم تكن هنالك مفرزات مهبلية والمريضة تتألم من القبض والتعب والحمى الخفيفة الوطأة والقمه والفحص الطبيعي

(الفيزيكي) ابدى لنا رحماً حاملة والاماً مبرحة لدى القرع في ناحية القطن اليمنى (علامة جيوردانو وفنيز Giordano & Venise) هذه العلامة التي لم تكن اهميتها منحصرة في الرمل فحسب كما بين ذلك جيوردانو ، بل في جميع التهابات الحويضة والكلية .

فاستناداً الى ماضي المريضة والتحقيقات التي اجريناها بهـذا الشان كان التهاب الحويضة والكلية الحـاد هو المحتمل اكثر من غيره والفحص المجهري أتانا بالنتائج التالية :

بول يسوده عكر متجانس ، الاحين فيـه (٠٫٤٠) سنتغم ، قيح بكثرة مع كمية من الجراثيم العصوية الثابتة (لونت على طريقـة غرام من قبل الحكيم ميغاربان (٢١ / ٩ / ٢٧)

كوفحت هذه العراقيل بالحمية اللبنية والثمرية والخضرية والمـدرات ومضادات العفونة البولية (مثل الاوريزانين وغسولات شرجية منبهة لافراز الصفراء بالركتوبانبيلين rectopanbiline) ·وفي ٤ تشرين الاول فحص البول الحكيم ميغاربان فوجد مقدار الاحين (٠٫١٥) سنتغم والكريات البيضـاء وعصيات الكولون بكميات وفيرة · فحقنت باللقاحات الذاتية ثم تقدمت حالة المريضة وخففت هذه المعالجة من آلام كليتها (٧ تشرين الاول) ·

في ١٠ تشرين الاول : البول عكر ، مقـدار الاحين ٠٫١٥ سنتغم بيلة قيحية (pyurie) ، عصيات الكولون اقل كمية ، حقن الوريد بالاوروفورمين (uroformie) ·

١٥ تشرين الثاني : تحسن محسوس ، اجري لقاح ذاتي مرتين كل اسبوع ،

وحقن الوريد بالاوروفورمين ،تحسن الاشتهاء زالت الحرارة منذ عشرين يوماً ونقصت اضطرابات الهضم واخذ غائطها مجراه الطبيعي . واصبحت الم كليتها نادراً وتناقص البوال ليلاً ،اعطيت الاوروفورمين بطريق الفم .

٢٢ تشرين الثاني : علامة جيوردانو مثبتة دائما ومهما كنا نبذل من اللطف في تحري هذه العلامة كانت المريضة تتألم الما جسيما وتبقى متألمة بضعة ايام .

تفاعل البول معتدل ،حقن بكلورور الكلسيوم في الوقت الذي كان يجرى فيه الحقن بالاوروفورمين .

٣٠ تشرين الثاني : ولدت المريضة في مستشفى القديس لويس ولادة طبيعية وضعت صبياً والقت المشيمة دون توسط جراحي .

في ليلة ولادتها انتابتها في الساعة الواحدة آلام في كليتها اليمنى كانت سورتها ضعيفة ثم ما لبثت ان ازدادت وبقيت كذلك حتى الساعة التاسعة اذ بلغت حدها الاقصى ، واستطاعت ان تبول نحو الساعة الثانية ، ولم تعد تبول، منذ ذلك الحين ، وعلامة جيوراندو مثبتة جداً .

كافحنا هجمة التهاب الكلية والحويضة هذه بحقن الوريد بالاوروفورمين وغزارة المشروبات المدرة والحمية السائلة تقريباً والحقن الشرجية رغم الاسهال الخفيف .

في الساعة الحادية عشرة صباحاً نشأت حادثة غريبة في بابها وظلت كذلك حتى صباح اليوم الثاني وهي انصباب مائع غزير لا لون له ولا رائحة من المهبل من حين لآخر وكان يعقب انفراز هذا السائل هجوع في الآلام الخثلية (القولنجات الرحمية) .

اذاً في خلال ٢٤ ساعة لم تبل المريضة والقثترة التي اجريت الساعة ١١ في ٢ كانون الاول لم تخرج سوى ١٥٠ غم من البول الصافي الخالي من الرائحة وان الامر الذي يتبادر الى الذهن هو التساؤل عما اذا كانت المفرزات المائيـة التي انحدرت من المهبل ولم تكن تتصف بصفات الرهل (lochies) افرازاً اعاض عن نقص الافراز البولي .

ومع هذا كله ، بقيت حالة المريضة العامة حسنة ، حرارتها علت في مساء ٢ كانون الاول الى ٢ ، ٣٩ بدون ان تنفضها عرواء ، الآلام الكلوية تضاءلت، ولم يطرأ في الليل شيء الا عرق غزير واما البطن فلين ، والرحم فمدورة في وسط البطن والعلاج نفسه لم يغير .

وفي ٣ كانون الاول : بدأت الحرارة تهبط فبلغت ٦ ، ٣٨ صباحاً و ٤ ، ٣٧ مساءً ، والآلام القطنية تناقصت ، وغزر البول ولم يعـد السيلان المائي الى الظهور منذ الامس ، وقل العرق فحص جسمها كله فلم يبد شيء يوبه له .

وفي ٤ كانون الاول الحرارة صباحاً ٢ ، ٣٧ ومساء ٣٨ وقضت المريضـة ليلاً حسناً .

وفي ٥ كانون الاول : الحرارة طبيعية ، اضطربت ليلاً وعرقت عرقاً غزيراً تلاشت آلام قطنها من نفسها . .

الكلية اليمنى بالجس ضخمة ومؤلمة قليلاً ، ثوبر على حقن الاوروفورمين في الوريد وكلورور الكلسيوم ايضاً .

كان البول معتدلاً عند طرحه واجريت حقنة شرجية مسهلة بالامس .

اخذت الحالة تتحسن في الايام التالية ولكن ما برح البول مـدخر قيح

(تفاعل النشادر مثبت) · وكانت الكلية اليمنى موءلمة دائماً وكان يعتري المريضة حس ثقل في ناحية كليتها اليمنى متى اضطجعت على الجانب الايسر ، سألت الطبيب الماجور سوندان ان يفحص البول فوافانا بما يأتي :

الرسوب بعد التثفيل (او تركه يثفل من نفسه) ذو لون ضارب الى البياض دخاني المنظر كالضباب ، ولدى فحص هذه الرسوب وجد :

١ً — في الحالة الحية (العبيطة) : كثير من الكريات البيضاء ، وبعض متحولات ذات اشكال وصفية بانتظام رباعي (à type tétragène) فرادى او مجتمعة مثنى او ثلاث · بحبيباتها الهيولية وغلافاتها الواضحة بعكس الكريات البيضاء والخلايا البشرية التي ليس لها ظرف واضح بل متموج دون ان تختلط ببقية العناصر الطفيلية والخلوية ·

٢ً — بعد التلوين : بدت رزمة جراثيم عديدة هي عصيات الكولون والمكورات المعوية وعدد عظيم من الكريات البيضاء الكثيرة النوى والوحيدة النواة بمقادير متساوية ·

واخيراً استطعنا تمييز خلايا بشرية مكعبة مجتمعة الى بعضها في الغالب مصدرها بشرة الاحليل والحويضة ·

منذ ذلك الحين عالجنا المريضة معالجة خاصة بالاضطرابات المعوية المزمنة (التي يغلب ان تكون متحولية ، ولم تشأ الظروف ان تدعمها جرثومياً) فاعطيناها السانلوئول (sanluol) بطريق الفم وهو مركب زرنيخي ·

لم يعد فحص بول المريضة ثانية ، لكن صحتها تقدمت تقدماً ترتاح اليه النفس ، والتشوشات المثانية اخذت تختفي · وفي ٣١ كانون الثاني

كانت علامة جيوراندو والالام العفوية سلبية فثو بر على اعطاء السانلوئول عدة اشهر بمقدار ۱۲۰ ۰ سنتغم يومياً وكانت المريضة حتى امس (٥ نيسان سنة ١٩٢٨)متمتعة بكمال صحتها ·

هذه مشاهدة التهاب الحويضة والكلية في سياق الحمل ناجمة من عصيات الكولون انضمت اليها فيما بعد مكورات المعى (انترو كوك) ومتحولات الزحار ولا شك اننا نتساءل في مشاهدتنا الثالثة عما اذا كانت القضية قضية استقرار زحاري صرف او ان هذه العناصر الممرضة الموجودة عند حامليها منذ امد بعيد تتخذ التهاب الاعضاء بجراثيم اخرى غير المتحولات فرصة لتعيث فيها ضرراً ·

كل هذا يدعونا الى تحري المتحولات في البول القيحي تحرياً نظامياً كما لو كنا نتحرى تفلات اتية من مصدر قصبي رئوي ·

انسداد الامعاء

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

انسداد الامعاء هو حالة مرضية متصفة بوقوف مجرى المواد الغائطة والغازات وقوفاً تاما او ناقصاً فجائياً او تدريجياً في الامعاء الدقيقة او الغليظة · هو مرض متصف باعراض مبكرة بعضها دال على وقوف مجرى الغائط والغاز والبعض الاخر على تأذي الحالة العامة تأذياً شديداً وسريعاً ·

فمن اعراضه الالم الذي قد يكون شديداً وكائناً حول السرة او في الناحية القطنية تصحبه بعض العوارض الانعكاسية في البدء كالقيء الغذائي اذا كان المريض قد تناول طعاما اوالصفراوي او المخاطي اذا كانت معدته فارغة وكالتغوط الذي سببه تنبه العصب التائه الذي ادى الى الانسداد وكالزلة او ابطاء النبض اما الاعراض الموضعية فهي الغشي الدال على توسع العرى الكائنة فوق العائق وحركة زحف هذه العرى حسب الاتجاه نفسه ·

هذا عدا اعراض التسمم العام الشديد ·

السير: يسير هذا المرض بثلاثة ادوار :

دور الاعراض الموضعية ·

دور تهجع الاعراض به بعض الهجوع ·

دور يكون به التسمم شديداً فيفضي الى الموت ·

اما عوارض الزمن الاول فهي عوارض انعكاسية المنشإ دالة على دفاع المعى ازاء العائق ثم توقفه عن الدفاع بعد ان يرى نفسه عاجزاً

ولهذا نرى ان وهن الامعاء واجتماع المواد الغائطــة وسوائل المفرزات والغازات في النقطة الواقعة فوق الانسداد والتطبل الناشيء من الشلل كل هذا يعقب الزمن الذي كانت الامعاء تتقلص به تقلصا عنيفا . وتفقد الامعاء في تلك الاقسام خاصتها الكتيمة (imperméabilité)فقداً سريعا فتنفذ فيها الاجزاء السامة وتسمم العضوية .

واما في زمن الهجوع الخادع : فيخيل ان الحالة قد تحسنت لان الامعاء تلقي سلاحها رافضة العراك ولان العوارض الانعكاسية والاعراض المؤلمــة تهجع . غير ان الامتصاص لا يلبث ان يتم لان آفات الغشاء المخاطي تسهل على المواد السامة المرور في الاوعية او لان عودتها الى الاقسام العليا من الامعاء الواقعــة فوق الانسداد والمقاربة بامتصاصها لامتصاص الامعاء السليمة تهون عليها ذلك فتبدو حينئذ علامات التسمم فتتشوش وظيفتا الكلية والكبد ويتبــدل التوتر الدموي ويدخل المريض حينئذ الدور الاخير .

دور التسمم : يمتاز بعوارض فاجعة فتعود الاقياء الى الظهور وتتسمم البصلة فتظهر عوارض تنبه العصب التائه : القيء ، القولنج ، العرقــ البارد ، تشوش نظم (arythmie) القلب تشوشات الدوران والتنفس والخ ومهما تكن الاليــة فان الموت سيقع وسببه التسمم الشديد .

التهاب الخلب : هو اكثر العراقيل (complications) حدوثا في انسداد الامعاء . تضاف ذيفانات الجراثيم المحدثة له الى الذيفانات الناجمة من الامعاء . فتصدم

العضوية التي عابها الانسداد صدمة عنيفة ·

ولا يلبث الموت ان يختم هذا المشهد الراعب سواء اطرأ في اثناء العملية ام بعدها لان نزع العائق لا يكفي انجاة المريض وكيف يكفي ومرور محتوى الامعاء السام الموجود في قطعة من الامعاء قليلة الامتصاص الى قطعة جديدة لا يزال امتصاصها طبيعياً يزيد في الطين بلة فيسمم المريض تسميماً شديداً سريعاً ويصرعه · ويضاف الى هذا التسمم الذاتي التسمم بالمادة المخدرة ·

هذا هو المشهد الذي يمثله انسداد الامعاء فعلينا ان نشخصه سريعاً لكي نعجل في مداواته ·

التشخيص المميز : بماذا يلتبس هذا الداء ؟

ان التهاب الخلب يلتبس بالانسداد لانه آفة بطنيــة موءلمة حادة السير تصحبها توقف المواد الغائطة والغازات واقياء غذائية فمخاطية فصفراويــة وتطبل ·

يقال في تمييز احد المرضين عن الاخر : ١ً – ان في التهاب الخلب انصباباً في البطن وان هناك صمماً (matité متحركاً واقعاً في الاسفل غير ان بعض انسدادات الامعاء قد يصحبها حبن ·

٢ً – يقال ان جدار البطن يتقلص تقلصاً دفاعياً وانه متقفع في التهاب الخلب (البريطون) بيد انه لين في انسداد الامعاء ومتوسع توسعاً انفعالياً والدفاع الجداري قد يشاهد في بدء الانسداد ·

٣ً – يقال ان الحمى تصحب التهاب الخلب الحاد وهي قد تصحب انسداد الامعاء ايضاً وقد لا تصحب بعض التهابات الخلب الحادة ·

فيستنتج مما تقدم انه ما من علامة من علامات الانسداد الاساسية كافية في البدء للدلالة على المرض اذا عدت وحدها وجردت عن العلامات الاخرى المصاحبة لها · لان التهاب المعثكلة (البنكرياس) الحاد والقولنجين الكلوي والصفراوي وعوارض الحمل خارج الرحم وانفتال كيس المبيض و بعض هجمات التهاب الملحقات الحادة والتهابات الخلب الناجمة من التهاب المرارة والمجاري الصفراوية او من التهاب الزائدة ونوب السهام (tabès) المعدية نفسها تشابه الانسداد ·

فما هي اذن العلامات المثبتة للمرض ؟

ان توقف المواد الغائطة والغازات لا يعد علامة اكيدة الا اذا استمر فلا يجوز اتخاذه كعلامة مثبتة للمرض ·

والقيء الغائطي الشكل علامة متأخرة ايضاً لا يجوز انتظارها اذا كنا لا نرغب في اجراء عملية لشخص محتضر ·

اما العلامات الموضعية فتكفي متى دعي الطبيب منذ البدء وشاهدها لاثبات التشخيص والاسراع في المعالجة الجراحية · وكلما بكر في التشخيص والمعالجة كان الانذار حسناً · فالتقلصات الاستدارية الموضعية وتوسع العروة المعوية الواقعة فوق العائق او علامة فون واهل لها الاهمية العظمى في التشخيص ·

التشخيص الاشعاعي : قد اشار البعض بالاستناد اليه غير انه لا يعد مستنداً ثابتاً · فمتى التهب الخلب وكان التهابه ناجماً من انثقاب الامعاء تعذر هذا الفحص غير ان المعاينة الاشعاعية والرسم الاشعاعي بدون تحضير سابق اي

بدون اعطاء الباريت قد يرشد الى مقر الانسداد ·

وصفوة القول ان التشخيص صعب للغاية ومهما يكن الامر ، التهاب الخلب او انسداد الامعاء ، يجب اجراء العملية والتعجيل في اجرائها · واذا بقي الشك كان فتح البطن الاستقصائي خيراً من الامتناع عنه لان فتح البطن اذا لم يكن فيه ما يدعو الى العملية افضل من الامتناع عنه اذا كان في الامعاء انسداد مجهول ·

ومتى ثبت الانسداد يجب التساؤل عما اذا كان داخلياً او خارجياً فلنفتش عن الفتق المختنق ولا ننس فتق الخط الابيض ومتى نفينا الفتق كان علينا ان نعين مقر الانسداد ·

٢ً — سببه ·

يقال : ان انسداد الامعاء الدقيقة يمتاز عن انسداد الامعاء الغليظة بشدة التقلصات الاستدارية اي بالعلامات الوضعية وان انسداد الامعاء الغليظة يمتاز بعائق واقع بعد الزاوية الكبدية يكاد يصحبه دائماً توسع الاعور · ولا نعتمد كثيراً على هذه العلامات ·

لا انكر ان اصعب الانسدادات تشخيصاً الانسدادات الواقعة في القسم الاول من المعى الدقيق وسبب الصعوبة مشابهة هذه الافة لكثير من الآفات الاخرى فان الاقياء في التهابات السحايا او تنبهها وفي بعض الحالات العصبية وبعض اشكال استبالة الدم (urémie) وبعض التسممات وبعض نوب المعدة تشابه الانسداد وتوءذي الحالة العامة اذىً شديداً ·

ولا يجلى تشخيص السبب ايضاً في اكثر الاوقات الا بعد فتح البطن · ومع ذلك فعلينا ان نعلم ان الاسباب تقسم ثلاث فئات ١ً — الافات الواقعه خارج

الامعاء وتكون خارج جدار البطن ·

٢ً – الافات الواقعة في الامعاء وتكون في البطن ·

٣ً –– تشوش وظيفة جدر الامعاء وآفاتها ·

وان التعليمات التالية ترشدنا بعض الارشاد ·

متى كان المصاب طفلاً : وكان تغوطه مدمماً والورم مشعوراً به باللمس الشرجي او سهل المنال كان الامر انغلالاً [1]

متى كان المريض قد اصيب في ماضي حياته بحالة خلبية وكان بدء انسداده فجائيا وسيره سريعا كان مقر الانسداد في المعى الدقيق وكانت اللجم سببه ·

متى كانت المرأة كهلة أو شيخة وكانت قد اصيبت بنوب رمل صفراوي كانت الحصاة الصفراوية سبب الانسداد ·

متى كان المريض رجلاً مسنا وكانت قد اعترته علامات ضيق سابقة وتشوشات في المستقيم والسين الحرقفي مع تغوط مدمم او بدونه كان السرطان السبب ·

متى كان المريض كهلاً او شيخا وكان في البطن جسم جسيم غير متناظر كان انفتال المعى (volvulus) السبب اما الانغلال فيستقر غالبا في الاعور ·

واما اللجم فتستقر في جميع اقسام الامعاء الدقيقة ·

واما الحصاة الصفراوية فتقف عادة في القسم النهائي من الصائم في النقطة التي تصعد بها العروة من الحوض نحو الاعور ·

واما السرطان فاكثر مقره في الامعاء الغليظة ·

---

(١) الانغلال او الانغلاف ترجمة (invagination)

واما انفتال المعى فاكثر وقوعه في الكولون الحوضي ·

واذا شئنا تعليمات ادق مما ذكرت للتشخيص قلنا :

ان انغلاف الامعاء اختناقا يتصف بتطبل منحصر في قسم من الامعاء بدون تقلصات استدارية في ذلك القسم وانغلاف الامعاء انسداداً يكون التطبل فيه مستقراً في قسم من الامعاء والتقلصات الاستدارية شديدة للغاية والتقلصات الاستدارية المضادة متقطعة ·

وانغلاف الامعاء شللاً يتصف بتوسع شديد لا تصحبه علامات تقلصات استدارية كبيرة ·

اما الانذار · فوخيم لان الوفيات لا تقل بعد العمليات عن ٥٠ — ٦٠ ٪ وان التبكير في المعالجة الجراحية هو الشرط الاساسي في حسن الانذار · واننا نقول والاسف ملء قلوبنا ان مرضانا لا يصلون الينا الا بعد ان يكونوا قد اضاعوا الوقت في المعالجة الدوائية التي لا طائل تحتها وانهم يأتوننا بعد خيبة تلك المعالجة ·

ويتبدل الانذار باختلاف العمر ومتانة جسد المريض وباختلاف مقر الانسداد فان السفلي منه اقل وخامة من العلوي ·

ويختلف الانذار ايضا بتنوع الطريقة التي استعملت في المعالجة · فقد ثبت ان الانسداد الالي لا تنجع فيه غير المعالجة الجراحية وان حسن النتيجة متعلق بالتعجيل في اجرائها واما الانسداد الوظيفي فلا تفيد فيه المعالجة الجراحية اكثر مما تفيد المعالجة الدوائية · بل قد تكون فائدتها اقل من تلك واما متى شك في تشخيص السبب فالعملية الجراحية واجبة للاستقصاء على ان يبكر فيها ·

فتحسين الانذار يتعلق اذن بالمعالجة الجراحية · وتقوم المعالجة الفضلى بازالة العائق واعادة المواد الغائطة والغازات الى مجراها الطبيعي غير ان هذا الامر يصعب تحقيقه في جميع الحالات ولا سيما في زمن واحد · فقد اثبت الاختبار انه متى كان العائق مسببا من سرطان واقع في الامعاء الغليظة ومضيق لها كان استئصاله دفعة واحدة املا باعادة مجرى الغائط الى ما كان عليه خطراً للغاية · وخير ما يصنع تحويل المجرى بايجاد شرج اصطناعي فوق النقطة المتضيقة · ومتى خف الالتهاب في المعى المبتلى بالسرطان وزالت اعراض الانسداد حاول الجراح استئصال الورم ·

وقد يكون تحويل المجرى الى الخارج خطراً على المريض متى كان العائق في الامعاء الدقيقة لان التغذية تنقص نقصاً سريعاً بقلة الامتصاص ويصاب المريض بالدنف ويموت · وخير ما يصنع ان يحول المجرى بمفاغرة العروة الواقعة فوق الانسداد بالعروة الواقعة تحتها ·

ومن الحالات ما يستدعي ازالة الانسداد بدون تاخير لأن العائق اذا بقي افضى الى عوارض موات فتغنغر جدار المعى وانثقب وكان منه التهاب الخلب القتال التالي (كما في الانسداد الناجم من لجام مشدود او من فتق كائن خلف الخلب او من انفتال المعى او انغلافه او من جسم اجنبي) ·

ومن الحالات ما يستدعي فتح شرج اصطناعي في العروة التي تبرز امام الجراح مع ما في ايجاد ذلك الشرج من الاخطار والمحاذير ·

تختلف اذن المعالجة الجراحية باختلاف الحالات حتى انه يستحيل على الجراح ان يضع قاعدة مطردة يتمشى عليها · غير ان الجراحين رغبوا في مقابلة

فتح البطن بالشرج الاصطناعي فقالوا ·

يفضل فتح العروة ١ً — لانه متى كان الانسداد المعوي سائراً سيره وكان سببه مجهولاً وكانت معرفة مقره مستحيلة كان خير ما يصنع فتح العروة تخليصاً لحياة المريض ·

٢ً — لان هذه العملية سهلة يستطاع اجراوءها بالتخدير الموضعي مهما كانت حالة المريض ·

٣ً — لأنه متى فتح المعى خرجت منه في الحال المواد السامة وزال خطر امتصاص السموم الواقعة فيه ·

يستنكر فتح العروة ١ً لان هذه العملية تجرى دون ان يرى الجراح ما يصنع لا ينكر ان جراحي اليوم يوسعون الشق اكثر من القدماء غير انهم كثيراً ما يهملون الآفة الاساسية ويفتحون قربها ·

٢ً — اذا كانت العروة قد اصيبت بالموات كان من فتحها خطر عظيم محقق لان الفتح لا يزيل السبب بل تبقى الافة سائرة سيرها فتوءدي الى الغنغرينا فالانبثاق فالتهاب الخلب المميت فيكون المريض قد نجا من تسمم الدم ومات بالتهاب الخلب ·

٣ً — اذا فتح الشرج في المعى الدقيق كان منه خطر على الحياة لأن امتصاص المواد الغذائية ينقص نقصاً كبيراً فيهزل المريض هزالاً شديداً ويعلو معدل الوفيات حتى ٩٦ ٪ ويهضم عصير الامعاء دائماً العروة والجدار وتصعب الخياطة الثانوية ·

يفضل فتح البطن ١ً — لأنه يرينا سبب الانسداد ومقره ·

٢ً — لأنه يمكننا من ازالة سبب الانسداد ·

٣ً — لأنه يمكننا من معرفة الآفات التشريحية المهمة التي تستدعي قطع العروة كما في السرطان او في موات العروة الناجم من انضغاطها الطويل المدة

يستنكر فتح البطن ١ً — لأنه عملية مهمة تصدم المريض صدمة عنيفة ·

٢ً — لان الامعاء تكون متوسعة توسعاً شديداً يعيد اجراء العملية متعذراً ·

لكل من الطريقتين حسنات وسيئات فان الشفاء ممكن تحقيقه في كلتيهما فعلى الطبيب ان يحسن الاختيار وان يحل هذا اللغز ·

يحل اللغز متى نظر الى السبب فاذا كان السبب مفضياً الى إماتة العروة كما في الاختناق كان فتح البطن مفضلاً واما اذا لم يكن منه موت العروة السريع كما في انسدادها فيلجأ اولاً الى خزع العروة ·

اما الحالات التي تتمثل في الغالب امام الطبيب فهي :

١ً — متى اختنقت العروة وكانت الافة تتهددها كان بدء المرض عنيفاً للغاية والألم شبيها بطعنة الخنجر والاعراض شديدة الوضوح والوهط (collapsus) واقعاً لا محالة · · وكانت الاعراض الموضعية جلية : علامة فون واهل نعني بها توسع العروة الواقعة فوق العائق ، شللها ، وهن الجدار ، بقاء البطن غير متحرك حين غمزه بالسبابة · واذا حرك المريض سمعت العجعجة (clapotage) فيجب حينئذ فتح البطن ·

٢ً — اما في الانسداد فتختلف الاعراض عما تقدم يكون المريض قد اصيب ببعض نوب شبيهة بالنوبة الاخيرة مرت بعد بقائها يوماً او يومين ام

هذه فلم تنته ويصل هوءلاء المرضى غالبا في اليوم الخامس او السادس من انسدادهم وعليهم مظهر الصحة الحسنة (سكينة خادعة) المباين لتطبل بطنهم الشديد

وتظهر على جدارهم التقلصات المعوية الاستدارية حتى ان نزع الغطاء او الغمز الخفيف بالاصبع يكفيان لاحداث القرقرة او الاصوات الموسيقية فيفضل في هذه الحالة فتح العروة ٠

ان اخطر عرقلة هي التطبل فمتى كان البطن متطبلاً تطبلاً شديداً كان الاكتفاء بفتح العروة جائزاً لان تشخيص السبب يعد مستحيلاً فاذا كانت الآفة ناجمة من انسداد (obturation) نجا المريض واما اذا كانت ناشئة من اختناق فيهلك المريض سواء افتحت العروة او فتح البطن ٠

ومن الطرق الحديثة المستعملة في المعالجة التخدير القطني الذي كان موضوع حوار شديد منذ سنة في جمعية الجراحة فقد لاحظ بعض الجراحين ان المريض بعد التخدير القطني يتغوط غير انهم لم يتوصلوا الى تعليل السبب ولعل حذف نهي النخاع الشوكي والغاء فعل العصب التائه يوءديان الى هذه النتيجة ٠ فقد تناول الاحصاء الذي جرى البحث فيه ٤٠٠ مشاهدة انسداد أمعاء عولجت بالتخدير القطني فكان الشفاء فيها معادلاً لـ ٦٨ ٠/٠ في الانسداد الحركي (dynamique) ولـ ١٦ ٠/٠ في الانسداد الآلي ٠ وقد استنتج بطرس دوفال الذي عهد اليه بوضع هذا التقرير ما يأتي :

يجوز ان يخدر المريض المصاب بالانسداد تخديراً قطنياً الا اذا كان فيه ما يمنع ذلك (نعني متى كان منهكاً او مسمماً او كان توتر دمه متناقصاً) فاذا لم تحصل الغاية المطلوبة ولم يتغوط المريض كانت العملية الجراحية واجبة واذا

تغوط لم يكن تغوطه كافياً للامتناع عن اجراء العملية بل كان من الحكمة فتح بطنه للاستقصاء في السبب فالعملية اذن واجبة في كلتا الحالتين ·

ففتح البطن هو الطريقة المفضلة وخزع الامعاء هو طريقة الاضطرار ومهما يكن فان التعجيل في العملية لا يزال الشرط الاساسي ·

ليس التخدير القطني في مريض طاعن في السن مسمم ، ضعيف القوى ، متناقص التوتر ، ولا فتح بطنه جائزاً ايضاً لان الخوف من تسمم الدم حين نزع العائق ومرور محتويات الامعاء السامة في الامعاء السليمة شديد للغاية ولان الصدمة الجراحية عنيفة واما خزع العروة فمفضل ·

النتيجة : للتشخيص اهمية كبيرة فاذا بكر فيه فتح البطن وهو العملية والا خزعت العروة متى كانت الحادثة قديمة ووضع انبوب بولس او مسبار ريثما تنفرغ المواد السامة ومتى تحسنت الحالة العامة بعد يومين او ثلاثة ايام يفتح البطن لنزع العائق ·

نتائج المداواة بالستوفرسول السريرية والحيوية في ١٢٥ حادثة فلج عام

«٣»

للحكيمين الاستاذين
سزاري وأ . باربيه
ترجمها الحكيم الاستاذ سامي الساطي

لنبحث الآن عن النتائج الحيوية التي حصل عليها مرضانا المصابون بالفالج العام . تحرينا ذلك بتفاعل واسرمن على سائل النخاع الشوكي وعد الكريات البيضاء ومعايرة الاحين وقد اجرينا لكل من مرضانا بزولاً قطنية عديدة وتاكدنا صحة النتائج بتكرار الفحوص . وكنا نلاحظ ان تفاعل واسرمن كان سلبياً بنسبة تفوق سلبية التفاعلات الاخرى (٣٤ في المائة او الأصح ٣٣،٩١ في المائة) وقد تم ذلك احياناً بصورة تدريجية باتجاه التفاعل الى الحالة السلبية اولاً فصيرورته سلبيا صريحا بعدئذٍ كما ان هذا التطور من الايجابي الى السلبي قد تم احياناً بسرعة دون ان يعترضه دور متوسط والغريب في هذا الامر وهو ما نبهنا اليه سابقا هو ضرورة ارتباط هذا التحسن المخبري بتحسن سريري في التشوشات الروحية على ان الأمر لم يكن كذلك فقد كانت النتائج السريرية حسنة في ٢٥ حادثة لم يبدُ تفاعل واسرمن سلبيا الا في تسعة منها وكان ايجابيا في الـ١٦ الاخر (٨ منها مصطحبة بتنبه و ٦ بضعف واثنتان بعته) وقد كانت النتائج السريرية ايضا جيدة او حسنة بعض الحسن في ١٨ مريضا لم يبدُ تفاعل واسرمن سلبيا الا في ١١ منهم (وكان المرض مصاحبا لتنبه في حادثتين ولضعف في ست حادثات،

ولعته في ثلاث) ولم يتبدل التفاعل رغم المداواة في سبع حادثات (احداهما مصطحبة بتنبه واثنتان بضعف واربع بعته) .

وقد بدا التفاعل سلبيا في ١٩ حادثة (ثلاث منها مصاحبة لتنبه و٦ لضعف و ١٠ لعته) عولجت بالستوفرسول .

وقد اصبح التفاعل سلبيا في ٣٩ حادثة كانت النتائج السريرية ايضا حسنة جداً في تسع منها وحسنة بعض الحسن في احدى عشرة ولم يظهر اقل تحسن سريري على الرغم من المداواة وسلبية التفاعل في الحادثات التسع عشرة الباقية . وقد لاحظنا في ٦٤ حادثة لم يتبدل التفاعل فيها نتائج سريرية حسنة جداً على الرغم من ايجابية التفاعل في ١٦ منها وحسنة في ٧ منها ولم تكن النتائج السريرية كافية في ٣١ .

واما اختلاف عدد الكريات البيضاء في سائل النخاع الشوكي فيصعب تقديره لان عددها يختلف اختلافا عظيماً من يوم الى اخر فقد اقترب العدد من العدد الطبيعي في مرضى تعادل نسبتهم ٧٣ في المائة وقد ازداد عدد الكريات البيضاء بنسبة ٢٧ في المائة من مرضانا . الا ان نقص التفاعل الخلوي لم يرافقه دائما تحسن الحالة السريرية فقد تحسنت حالة ٤٣ مريضا تحسنا سريريا ونقص عدد الكريات البيضاء في ٣٥ منهم وازداد في ثمانية . وعدت الكريات البيضاء في ٥٠ مريضا لم يستفيدوا من المداواة فلوحظ ان عدد الكريات قد نقص في ٣٣ حادثة وازداد في ١٧ حادثة .

ولم يلاحظ ايضا توافق ما بين سلبية تفاعل واسرمن واقتراب عدد الكريات البيضاء في سائل النخاع من العدد الطبيعي فقد نقص تفاعل واسرمن في ٣٩

حادثة ازداد عدد الكريات البيضاء في ١١ منها ونقص في ٢٨ · ولم يتبدل تفاعل واسرمن في ٥٤ حادثة وقد بدا عدد الكريات البيضاء على الرغم من ذلك متزايداً في ١٦ منها ومتناقصا في ٣٨ ·

اما مقدار الاحين فلم يتبدل الا بصعوبة زائدة ولم يبد لنا مقدار الاحين طبيعيا الا في اربعة مرضى وقد نقص في ١٢ حادثة من حد مرضي الى حد طبيعي وقد شاهدنا تحسنا تاما او جزئيا في تفاعل الاحين في ٥٧ حادثة واذا اردنا نسبة ذلك الى المائة وجدنا ازدياداً او ثباتا في ٣ ، ٥٥ من المائة ونقصا في ٧ ، ٤٤ من المائة ·

ولم نشاهد هنا ايضا تناسبا بين النتائج السريرية فقد كان مقدار الاحين زائداً في ١٩ حادثة من ٤١ تحسنت فيها الحالة السريرية ونقص مقدار الاحين في ١٩ وظلت كميته ثابتة في ٣ حادثات ·

وقد شاهدنا في ٤٨ حادثة لم يستفيدوا من المداواة ازدياداً في كمية الاح في تسعة عشر منهم ونقصا في ٢٨ وقد كان المقدار طبيعيا في حادثة واحدة ولم يبد ايضا اقل تناسب بين تفاعل الاحين وتفاعل واسرمن فقد نقص تفاعل واسرمن في ٣٦ حادثة ازدادت كمية الاحين في ١١ منها ازدياداً خطراً ونقصت كميته في ٢٢ منها وبقيت كما هي في ٣ منها · ولم يتحسن تفاعل واسرمن على سائل النخاع الشوكي في ٥٣ حادثة وقد ازدادت كمية الاحين في ٢٤ منها ونقصت في ٢٨ منها وبقيت كما هي في واحدة فقط · ولم يلاحظ ايضا ادنى تناسب بين عدد الكريات ومقدار الاحين ·· وقد بدا لنا التفاعل المصلي سلبياً في ٣٢ حادثة من ١٠٠ وكان ايجابيا في ٦٠ من مائة وسلبيا في ٨ من مائة · وقد بدا التفاعل

المصلي سلبياً في ٢٨ حادثة لم يصاحبها تحسن سريري الا اثنتي عشرة مرة وقد ظل التفاعل ايجابيا في ٦٣ حادثة .

تحسنت الحالة السريرية في ٢٦ منها ولم تجنَ نتيجة حسنة في الـ ٢٧ الباقية .

يستبان مما ذكرناه ان طريقة المداواة بالستوفرسول بسيطة وحسنة وخالية من المحاذير تحسن حالة المصابين بنسبة تختلف من ٦٨ او ٥٨ او ٢٦ في المائة وذلك حسب الاشكال المصطحبة بتنبه او بضعف او بعته تام . وتحدث هذه المداواة تبدلات مهمة في التفاعلات الحيوية فينقص عدد الكريات البيضاء في ٧٣ من مائة وليس ادنى تناسب بين نقص تفاعل وامرمن او سلبيته وتحسن الحالة السريرية ولا تعود التفاعلات على السائل الشوكي طبيعية الا فيما ندر وان فقدان التناسب بين تحسن الحالة السريرية ونتائج الاختبارات لامرغريب في مبحث الامراض العامة جدير بالتقصي والتتبع .

اطروحة الحكيم انستاس شاهين

نواسير العنق الولادية النصفية (تتمة)

المشاهدة الاولى :

الآنسة ل . عمرهـا ٢١ سنة . دخلت في مستشفى لار يبواز يير (Lari-boisière) عيادة الاستاذ سيبيلو في ٨ كانون الاول سنة ١٩٢٧ لنـاسور نصفي في العنق .

تاريخ المرض . — لاحظ والداها لما كان عمرها سنة ونصف سنة ورمـا صغيراً بحجم البندقة في الناحية النصفية الامامية من عنقها لم يلبث ان اعترتـه جميع عوارض الالتهاب . وقد انتهى الامر بانبثاق الورم وخروج كمية من القيح منه تاركاً بعده ناسوراً استمر في عنقها حتى بلغت الثامنة من عمرها اذ التأمت فوهة الناسور وبقي مندملاً حتى بلوغ المريضة الحادية عشرة من عمرها . فعاودتها حينئذ الاعراض الالتهابية نفسها وانتهت بانفتاح الفوهة وخروج كميـة اخرى من القيح ولم يتجه الناسور بعـد ذلك الى الالتئام وبقي هكذا حتى دخولها للمستشفى .

فحص المريضة . — تبدو لنا في عنق المريضة في الناحية تحت اللامي حذاء الغشاء الدرقي اللامي وعلى بعد سنتمتر واحد عن الخط النصفي فوهتان تفرق احداهما عن الاخرى حدبة ليفية . و يسيل من هاتين الفوهتين اثناء حركات البلع سائل لزج .

ومتى جست هاتان الفوهتان تشعر الاصبع الجاسة باستطالات ليفية بحجم ريشة الغراب تمتد من الفوهة الظاهرة في عمق النسيج متجهة الى جسم العظم اللامي

وعند سبرغور الفوهة الاكثر قرباً من الخط المتوسط بمسبار دقيق يشعر ان المسبار دخل حتى جسم العظم اللامي اي زهاء سنتمترين ·

وتتبع الفوهتان وما يجاورهما من النسج حركات البلع كلها ·

وقد حقنا بالليبيودول الفوهة القريبة من الخط المتوسط بعد سد الفوهة الاخرى وصورنا الناحية بالاشعة المجهولة بوضعات مختلفة فظهر في الصورة المأخوذة بالوضعة الجانبية ان الليبيودول دخل مجرى الناسور واجتازه كله حتى حذاء العظم اللامي حسب خط مستقيم ممتد من الاسفل الى العالي منحرفا قليلا نحو الخط المتوسط وفي حذاء العظم اللامي اعوج وألف زاوية شديدة الانفراج وتابع سيره نحو قاعدة اللسان النقطة التي حددنا موقعها بجسم ظليل ·

وبعد ان تحققنا تشخيص الافة وتكوينها لناسور خلقي نصفي في العنق اجرى الاستاذ سيبيلو العملية في ١٣ كانون الاول سنة ١٩٢٧ ·

وقد اجريت العملية تبعا للطريقة المعتادة التي اتينا على ذكرها في العدد السابق · فايد المشرط وكذا الفحص المجهري تشخيصنا السريري · وقد التأم الجرح بالمقصدالاول وشفيت المريضة شفاءً تاما وراقبنا المريضة مدة سنة دون ان نرى اقل تبدل في الناحية المريضة ·

المشاهدة الثانية :

السيدة ا · س · عمرها ٥٤ سنة دخلت في مستشفى لاريبوازيير شعبة الاستاذ سيبيلو في ٢٣ شباط سنة ١٩٢٨ لاصابتها بناسور في الناحية النصفية الامامية للعنق ·

تاريخ المرض · — شعرت المريضة حين بلوغها الخامسة والعشرين من

عمرها في منتصف عنقها الامامي بالم لم تتمكن من تحديد موقعه ولم يرافقه اقل تظاهر خارجي ·

فاستشارت بعض الجراحين وقرر احدهم التوسط الجراحي للزلة التي كانت المريضة مصابة بها · ولكن قبل قيامه بذلك افاقت المريضة ليلاً وفمها مملوء قيحاً ذا رائحة كريهة · وبعد خروج هذا القيح تحسنت حالة المريضة وزال الالم تماماً وشفيت بعد مضي ثمانية ايام ·

ولكن الامر لم يقف عند هذا الحد لانه بعد مضي ثلاث سنوات عادت الاعراض نفسها الى الظهور وانتهت كما في المرة الاولى · وهكذا جرى لها بعد مضي سنتين ·

وفي سنة ١٩١٧ عاد الامر نفسه فاستشارت احد الجراحين فاشار عليها باستعمال المكمدات المثلوجة على الناحية الامامية للعنق · فبعد استعمالها بستة ايام متمادية ظهر في الناحية المريضة ورم موءلم متصف بجميع اعراض الالتهاب لم يلبث ان رافقته اعراض التقيح الامر الذي اجبر الجراح على فتح الخراج فخرج منه قيح شديد العفونة ·

وبعد مضي اسبوع التأم الجرح وشفيت المريضة ·

ولكن لم يطل امر شفائها طويلا فبعد مضي عدة شهور اعترتها الاعراض نفسها وانتهت بانفتاح الخراج فورا وشفائه كالمرة الاولى ·

وفي سني ١٩ و ٢١ و ٢٣ و ٢٥ و ٢٧ عادت الاعراض نفسها متبعة بسيرها وبانتهائها الطريقة نفسها الا في المرة الاخيرة فان الفوهة لم تلتئم بل

ابقت مكانها ناسوراً صغيراً يجري منه بصورة متقطعة سائل قيحي استشارتنا المريضة بامره ·

فحص المريضة · — حين فحصنا للناحية النصفية الامامية للعنق قرب الغضروف الدرقي وجدنا فوهة ضيقة يغطيها برعم لحمي محاطة بندبة صغيرة بنفسجية اللون · واظهر لنا الجس ان الفوهة وما يجاورها ملتصقة كل الالتصاق بالطبقة العميقة ومرتكزة على قاعدة ليفية صلبة ·

وحين ضغط الفوهة الصغيرة خرج منها قيح ابيض كثيف يمازجه سائل لزج ·

وكان هذا السائل يسيل دائما من الفوهة عند الاكل ·

وقد ادعت المريضة ان السائل يخرج في بعض الاحيان ممزوجاً بما تبتلعه من الشراب · ولكننا لم نتمكن من تحقق هذا الامر بنفسنا ·

وعند قثترتنا للناسور وجدنا مجراه ممتداً بانحراف من الاسفل الى الاعلى وقليلاً الى اليسار ويبلغ طوله سنتمترين · ولم نتمكن من ادخال المرود اكثر من هذا لوقوف جسم العظم اللامي حائلا دون القيام بذلك ·

وهكذا فلم تكن الوسائط التشخيصية الاخرى اكثر حظا من القثترة لسبر غور الناسور فتركنا الامر للمشرط لتتبع مجرى الناسور فيما فوق العظم اللامي ·

وقد اجرى الاستاذ سيبيلو العملية الجراحية لهذه المريضة في ١٧ شباط سنة ١٩٢٨ ·

وقد ايدت العملية التشخيص واظهرت الاتصال بين هرم لالويت الدرقي ومجرى الناسور · وان لهذا المجرى تفرعات وان احد فروعه بعد وصوله قرب جسم العظم اللامي يمر تحت هذا العظم بعد ان تلتصق به عدة التصاقات ليفية ويتبع سيره الى الاعلى ويخترق العضلات فوق اللامي ويضيع اخيرا بين الياف العضلة اللامية اللسانية ·

وقد اجرينا عدة مقاطع على طول هذا المجرى فايد لنا الفحص المجهري حويصلات درقية في القسم الواقع في اسفل العظم اللامي من هذا المجرى اما في الاقسام العليا فلم نجد اثرا لهذه الحويصلات وكل ما هنالك ليس سوى نسيج ضام ذي طبيعة التهابية ·

وقد شفيت المريضة اتم الشفاء ولم تشعر باقل الم في الناحية المريضة حتى الان ·

ولنا عدة مشاهدات اخرى تشبه باعراضها ونتائجها هاتين المشاهدتين ايدت لنا كلها فائدة الطريقة الجراحية التي اتينا على وصفها في الجزء الماضي ولكننا لم نشأ الاتيان على ذكرها هنا لضيق المقام وحبا منا بعدم اضاعة وقت القارىء الكريم ·

النتيجة :

١ً — عدا نواسير العنق الخلقية الجانبية التي تنمو بفضل الجهاز الغلصمي والنواسير النصفية السطحية او الذقنية القصية نجد نواسير تدعى النواسير النصفية العميقة او الدرقية اللامية ولا علاقة لها ابدا بالنواسير الاولى ·

٢ً — تتصف هذه النواسير الاخيرة بالصفات الاتية :

ا — وقوعها على الخط النصفي الامامي للعنق او قريبة منه ·

ب — مجاوراتها العميقة نسبة للنواسير السطحية · واتصالها بالاعضاء العميقة

ج — صفاتها الشكلية و كونها نواسير متصلة بالعظم اللامي باستطالة ليفية محوفة فوهتها قرب الغشاء الدرقي اللامي ·

د — سير الافة المتصف بسلسلة عوارض انحباسية مع مظاهر التهابية شديدة

ه — قد يكون للمجرى قطعة ثانية تمر تحت العظم اللامي وتنتهي بالفوهة العوراء في قاعدة اللسان ·

٣ً — يظهر لنا من كل هذا ان هذه النواسير لا تنشأ من الشقوق الغلصمية وان سيرها الوحيد هو بقاء القناة الدرقية اللسانية او القسم تحت اللامي منها ·

٤ً — ان المداواة الطبية لا تتوصل ابدا الى شفاء الناسور وان المداواة الجراحية اي استئصال الناسور بجميع فروعه مع الاهتمام بجزع منتصف جسم العظم اللامي هي الطريقة المثلى التي توصلنا الى شفاء هذه الافة شفاء تاما ·

مطبوعات حديثة

للحكيم الاستاذ شوكت موفق الشطي

اطروحة الحكيم ميشل جباره عن تشخيص انسداد البوقين ومعالجته

اهدى الينا الزميل المومأ اليه اطروحته عن تشخيص انسداد البوقين ومعالجته التي وضعها لاحراز لقب حكيم من جامعة نانسي (فرنسة) وقد وجه حضرته في مقدمة اطروحته كلمة طيبة الى اساتذة معهدنا الطبي العربي الذي كان قد بدأ دروسه فيه وخص بالذكرى الحسنة طلبة المعهد ايضاً فكان لعاطفته اللطيفة اجلّ وقع عندنا لانها دلّت على طيب ارومته ونبالة محتدة .

وقد رأينا بعد تصفحنا هذه الاطروحة ان نستخلص منها خلاصة تفيد القراء لا ان نكتفي فقط بتوجيه كلمة التقريظ لواضعها النبيه

. . . .

اعتاد المتخصصون في امراض النساء حتى هذه السنوات الاخيرة ان ينسبوا العقم في المرأة الى سبب رحمي (عنق مخروط ، ضيق احدى فوهتي العنق الظاهرة او الباطنة) او الى التهاب الملحقات المزمن وكان لا يعزى الامر الى تكتل زغب النفير والتصاقاتها الا فيما ندر وذلك متى كشف الجراح شيئاً من الالتصاقات المذكورة في سياق فتح البطن المجري لغاية اخرى وقد فكر المؤلفون منذ بضعة اعوام في احداث طريقة تكشف لنا الستار عن حالة البوقين وعما اذا كانا منسدين ام مفتوحين فاوجدوا طرق نفخ الهواء او الحاذي (الاوكسيجين) في

النفير والتصوير بالاشعة بعد حقن باطن الرحم بالليبيودول وقد ولدت هذه الطرق في امريكة ثم عمت اوروبا والبلدان الاخرى ·

تشريح النفيرين :

هما قناتان احداهما في اليمين والثانية في اليسار تمتد كل منهما من نهاية المبيض الظاهرة الى زاوية الرحم العلوية · والنفير عضو متحرك ومتقلص تقع فيه البيضة حين الإباضة فتقودها بحركات زغبه واهداب خلاياه البشرية المهتزة الى جوف الرحم · وللنفير لمعة تتمكن السوائل من الجري فيها وهي ضيقة في حذاء الفوهة الرحمية وتأخذ بالاتساع كلما قربت من الفوهة البطنية

خلقة النفير

النفير مفتوح و يعرف ذلك بحقن باطنه بغاز مضغوط معادل لـ ٦٠ — ١٠٠ ملمتر من عمود الزئبق يتقلص النفير السليم كما تتقلص الرحم وله حركات استدارية (péristaltique) ومضادتها (anti péristaltique) وتقع فيه في المحيض تبدلات تشبه التطورات التي تقع في الرحم فيحتقن و ينتبج غشاوه المخاطي وتتوسف بعض خلاياه و يعتقد دواي ان درجة انفتاح النفير تقل وقد ينسد في الايام القريبة من الطمث وقد تكون نتيجة الاستقصاء بالليبيودول في هذا الزمن سلبية ·

وخير زمن للتقصي في حالة النفير هو الايام الخمسة اوالستة التي تتلو انتهاء الطمث اما النفير المريض فلا يتقلص بل يتمدد بالسوائل المحقون بها ولا سيما متى كان عائق في صيوانه وقد يتمزق اذا ضغط بقوة ٣٠ — ٤٠ سنتمتراً من عمود الزئبق ·

يعتقد اكثر المؤلفين ان بعض حوادث العقم تنجم من انسداد البوق
اما اسباب هذا الانسداد فولادية وهذا نادر او التهابية تحدثها التهابات الملحقات التي تسد فوهة النفير البطنية او تكتل الزغب وتشنج الفوهة · وقد تنسد الفوهة الرحمية في التهاب الملحقات العقيدي

ولربما انسد النفير في التهاب الملحقات بتقلص طبقته العضلية تقلصا تشنجيا او بسدادة مخاطية مكونة من مخاط النفير المفرز بغزارة و بعض انقاض خلوية ·

والمكورات البنية هي اكثر العوامل احداثا للانسداد الالتهابي وتأتي بعدها عصيات كوخ الا انها تصيب طرفاً واحداً فلا تحدث العقم ·وقد ينسد النفير باورام صلبة الا ان هذه الاورام قلما تقع في الطرفين لذلك قل ان يكون العقم مسبباً منها ·

وقد ذكرت حديثا اسباب جراحية جديدة لهذا الانسداد وهي شد النفير مع الرباط المدور في عملية تثبيت الرحم حسب طريقة دولريس ولا يبعد ان يكون الانسداد ناجما من لجم خلبية (التهابات الخلب وانسكاب الدم فيه والتهابات الزائدة الحادة او المزمنة) او من كيس المبيض او اورام الرباط العريض او من التصاق العروة السينية بالنفير الايسر وهذا كثير الوقوع ·

الفحص

تسأل المرأة عن سوابقها الارثية وعمرها وتاريخ ابتداء الطمث وعما اذا كانت مصابة بالزهري او بالسل او بآفة سيلانيـة في العنق او في الرحم او في النفيرين ·

يبدأ الفحص بالتأمل فالمس المهبلي فالاستقصاء في الفرج والمهبل

وما اذا كان فيهما تشوه او ضمور او تشنج وما اذا كان هبوط في الاعضاء التناسلية فيتحري حموضة المفرزات ثم تفحص فوهة عنق الرحم الظاهرة فجوف العنق فالفوهة الباطنة فانثناء العنق لاصابة الرحم بالخنث (الانعطاف الامامي) فتشنج الفوهة الباطنة ويعرف ذلك بمقاومتها للمسبار فالتضيق كسبياً كان ام ولادياً ، فانحرافات الرحم وانقلاباتها وانعطافاتها ، ويفحص النفيران بالاشعة بعد حقن باطن الرحم باللپيودول او بنفخهما بالحاذي . وتفحص وظيفة المبيضين بمراقبة حالة الطمث ويستقصى في علامات قصورها وما اذا كانا مصابين بتشوه في النمو او باورام صلبة او سائلة

فحص الزوج يسأل عن طرز معيشته وسنه وسوابقه وحالة خصيته وعما ذا كان قد اصيب بالتهاب الخصيين الحاد السلي او النكافي او السيلاني والتهاب الخصيين السيلاني هو اكثر الاسباب احداثاً للعقم ويفحص المني ويرى ما اذا كانت فيه نطف (حييوينات منوية) حية والا كانت كل معالجة لا جدوى منها

فحص النفير

لا تعرف حالة النفير الا بالاستقصاء فيه بالاشعة بعد حقن باطن الرحم باللپيودول فالنساء المصابات بانسداد النفير ن نساء مريضات يشتكين المـاً في اسفل البطن والنفير المفتوح هو قناة تصل جوف الرحم بجوف الخلب فاذا حقنت الرحم باللپيودول ظهر النفير حين المعاينة بالاشعة كأنه خيط ممتد من فوهة الرحم حتى الفوهة البطنية فالخلب حيث يبدو بشكل قطيرات عديمة الانتظام واما بالتصوير الاشعاعي فلا يرى قسم النفير المتوسط متى كان النفير مفتوحاً بل ترى الرحم وظل الصيوان ولا يرى شيء بين الاثنين

وفي الحالات غير الطبيعية : ينفذ السائل الكثيف في جوف الرحم فاذا كان النفيران مسدودين شوهد على دريئة الاشعة ان حجم الرحم اخذ يزداد وتشعر المرأة بآلام ناجمة من تمدد الرحم وعدم مرور الليبيودول الى النفيرين ويستقر العائق الذي يمنع مرور الليبيودول في قرن الرحم او في مضيقها او في الصيوان

لمحة تاريخية :

كان لوريه اول من فكر سنة ١٩١٢ في تحري النفيرين فحقن جوف الرحم بفضة غروية واستعمل ديميه ودارتيغ سنة ١٩١٣ مادة تظهرها الاشعة وهي محلول الكولرغول العشري وقد ماتت هذه الطريقة وهي وليدة لان الخلب لم يحتمل الكولرغول . وقد ترآى لروبن سنة ١٩١٩ ان يحقن باطن الرحم بغاز معقم ليعرف ما اذا كان النفيران مفتوحين . واستعمل هويزر سنة ١٩٢٤ قنية مجهزة بسدادة معدنية تسد العنق متصلة بمحقنة (seringue) سعتها ١٠ سم[٣] وكان يحقن بهذا الجهاز جوف الرحم بـ ٥ — ١٠ سم[٣] من الليبيودل الممدد بما يعادل حجمه زيتاً معقماً . واستعمل سيكار وفورستيه محلول الليبيودول بنسبة ٤٠ ٪ واباناان هذا السائل كثيف بمواجهة الاشعة المجهولة

الاجهزة : نكتفي بوصف جهاز كلوت وهو المستعمل في سريريات الاستاذ هامن ويتركب من محجن في طرفه مخلبان يقومان بتثبيت العنق بولوجهما في ملء شفته الخلفية ويتصل بالمحجن مسبار معدني نهايته مجهزة بسدادة مرنة زيتونية الشكل مقاييسها متنوعة تبدل حسب جسامة العنق وحالة فوهته وهذا المسبار يستطاع تحريكه بكرة مسننة فيدخل في عنق الرحم حسب اللزوم وفي

طرف الجهاز الثاني محقنة سعتها عشرة سنتمترات مكعبة يتصل بجانبها محظربة (manonètre) لقياس الضغط

طريقة العمل : توضع المرأة في الوضعة التناسلية ثم يطهر مهبلهـا ويخفض جداره الخلفي بمصراع دويان ويطهر العنق بقطيلة قطن مبللة بكحول ثم تمسك شفة العنق الخلفية بملقط موزو الدقيق وتجر الرحم الى الامام والعالي كما لو اريد خزع الرتج الخلفي ثم يغرز المحجن في مكان يبعد سنتمتراً عن شفة عنق الرحم الخلفية ولا تعود ثمة حاجة الى ابقاء ملقط موزو فيزال ويدخل بعدئـذ المسبار حتى تصل الزيتونة المرنة الى العنق ثم توصل بالمسبار محقنـة سعتها ١٠ سم[٣] مملوءة بالليبيودول فيحقن منه ٥ - ٦ سم[٣] مكعبة . ويراقب الضغط في المحظربة حتى يبلغ ١٢ — ١٥ سنتمتراً من عمود الزئبق كي يتسنى لليبيودول ان يجتاز فوهة الرحم . ويجوز ان يزاد الضغط في بعض الاحيان حتى ٢٥ سنتمتراً من عمود الزئبق . فاذا كان النفيران مفتوحين دخـل الليبيودول الخلب وظهر فيه بشكل قطرات

الاستطباب : تساعد هذه الطريقة في العقم المبدئي على كشف تشوهات الرحم وتبين لنا حالة النفيرين وما اذا كانا مفتوحين ام مسدودين وتعين النقطة التي وقع فيها الانسداد وتكشف في حالات العقم التالية آفات الملحقات القديمة . وقد تفيد هذه الطريقة الاستقصائية فائدة دوائية بفتحها النفيرين معاً او احدهما . ولها فوائد دوائية اخرى في التهابات النفيرين وفي ادارة الملحقات وتفيد في التشخيص اذ تساعد على تمييز التهاب الزائدة عن التهاب الملحقات .

مضادات الاستطباب : لا يجوز الاستقصاء بهذه الطريقة في من كنّ مصابات بآفات حمية ولا في الحمل ولا في الانزفة الرحمية

محاذير هذه الطريقة :

الانتان : لا يقع الا اذا اهملت القواعد العامة واجريت العملية والرحم لاتزال مصابة بانتان موضعي وقد قال دوفال في هذا الصدد قولاً حسناً وهو ان المادة التي تدخلها في الرحم فالنفيرين فالخلب توءذي اذا حملت معها جراثيم والليبيودول في زمرتها وتجتنب بعض المحاذير التي تلي العمل باراحة المريضة في الفراش بعد الاستقصاء يومين او ثلاثة ايام ويجب ان توءخذ حرارتها صباحاً ومساءً

خطر التمزق : لا يقع الا اذا زيد الضغط عن الحد المعتاد

النفخ او طريقة روبن : استعملت اجهزة متعددة توصلاً الى هذه الطريقة وجهاز دواي من خيرة هذه الاجهزة يتركب من خزان بلوري يخزن الهواء يسد بغطاء معدني مجهز بثلاث فوهات تتصل احداها بالاجاصة النافخة بانبوب مرن ويعلو الفوهة الثانية محظربة (manomètre) تقيس الضغط من ١ — ٣٠٠ مليمتر زئبق وتتصل الفوهة الثالثة بمسبار الرحم المعدني . وفي منشإ كل انبوب مرن صنبور (robinet)

طريقة العمل : توضع المريضة في الوضعة التناسلية ويطهر المجرى التناسلي ويطلى العنق بصبغة اليود او بغيرها من المطهرات ثم يمسك العنق بالمحجن ويجر الى الامام ويدخل المسبار في الرحم ويفتح الصنبوران ويطرد الهواء ثم يغلق الصنبور الذي يخرج الغاز وتضغط الاجاصة حتى يبلغ الضغط

المطلوب ويغلق حينئذ صنبور الدخول ·

علامات انفتاح النفيرين : يكفي عادة ان يبلغ الضغط ٦٠ — ١٠٠ مليمتر من عمود الزئبق فاذا انخفض الضغط فوراً كان دليلاً على ان النفير مفتوح ان لم يكن في الجهاز ثقوب يفلت الغاز منها · وقد تسمع قرقرة الغاز في جهتي النفيرين اذا اصغي الى البطن بسماع

وينجم هذا الصوت من دخول الغاز لجوف البطن · وتشعر المريضة ايضاً بآلام تنتشر نحو الحجاب وهذا ايضاً دليل على دخول الغاز للخلب

وصفوة القول ان العلامات التي تدل على انفتاح النفير هي اولاً هبوط الضغط هبوطاً سريعاً والقرقرة في الناحية الخثلية وزوال الصمم الكبدي، وألم الكتف

محاذير هذه الطريقة : ١ً — الصمامة الغازية : نادرة ٢ً — الانتان ممكن ان لم يعتن بالطهارة ولم يكن المجرى التناسلي طاهراً ، ٣ً — التمزق نادر ويجتنب بالاحتراز من ابلاغ الضغط الى اكثر من ٦٠ مليمتراً وقد تجهض المرأة اذا كانت حاملة وامرها مجهول

المقارنة بين الطريقتين : ان الطريقتين مفيدتان ولكل منهما نصراء والافضل ان يبدأ بالنفخ فاذا لم يكف الاستقصاء به جاز الالتجاء الى طريقة الاختبار بالليبيودول · وطريقة الليبيودول افضل على رأي صاحب الاطروحة بغزارة المعلومات المقتبسة منها

هذه هي الخلاصة التي اقتبسناها من هذه الاطروحة المفيدة التي ألمت باطراف الموضوع ولا بدّ لنا قبل ختام كلامنا من توجيه كلمة شكر جزيل الى زميلنا الجديد الذي عني بوضعها سائلين له النجاح والتوفيق حيث حلّ ·

شذرات ونظرات لغوية

للطالب السيد مسلم القاسمي

٣

١٤ — الحجاب : ومن المصطلحات الطبية ترجمتهم لفظة (diaphragme) بالحجاب الحاجز والافضل في ذلك ان يقتصر على الحجاب لان اللفظ الافرنجي يدل في اصل معناه اللغوي على الحجاب او الحاجز اي (cloison) ثم اطلق المعنى على العضلة التي تفصل الاحشاء عن الصدر

وقد ورد في التاج ما مثاله « الحجاب لحمة رقيقة كانها جلدة قد اعترضت مستبطنة بين الجنبين تحول بين السحر[1] والقصب[2] ، وفي الاساس ومن المجاز « هتك الخوف حجاب قلبه وهو جلدة تحجب بين الفوءاد والبطن » وجاء فيه ايضاً « الحجاب ما حال بين شيئين » .

فاضافة الحاجز الى الحجاب الذي يفيد معنى الحاجز او الحائل هو حشو لا لزوم له في موضع نحن احوج فيه الى الايجاز منه الى التطويل ، سيما وان النص الوارد في التاج لا يبقي سبيلا للشك بان الحجاب هي الكلمة الملائمة للديافراغم .

١٥ — الصفار : ومنها قولهم « ماء الحبن » يعنون به الماء الذي يستقر في البطن في داء الحبن ، وهي ترجمة (eau d'ascite) . والصواب « الصفار او السِّقي » اذ ورد في التاج « الصفار كغراب الماء الاصفر الذي يصيب البطن وهي

---

(١) السحر : بالفتح و يحرك و يضم الرئة (٢) مخارج الانفاس اي (bronches)

السِّقي » وقال الجوهري « الماء الاصفر يجتمع في البطن » ·

١٦ — البرعمة : ومنها قولهم « نبت على ساق الشجر أزرار ··· » والصواب « نبتت البراعم » واحدتها بُرْعُمة ، او برعُم او بُرعوم : وهي كُمّ ثمر الشجر ويقال خيراً من هذا « برعمت الشجرة » اذ خرجت برعمتها ·

اما الازرار ترجمة (bourgeons) فهي ترجمة غير صحيحة جروا فيها من دون تدقيق ولا تحقيق ، ولا ادري اذا كان مصدر اللفظ الافرنجي عربي الاصل لان المشابهة بينة ، فندع هذا للمتبحرين في اللغتين ·

١٧ — الفتخ : ومنها قولهم «ضخامة الاطراف» ترجمة للمصطلح الافرنجي (acromégalie) والمصطلح العربي الذي يحسن بنا ايراده في هذا الموضوع هو « الفتخ » اذ ذكر صاحب القاموس انها « عرض الكف والقدم وطولها ·»

نعم ، نحن لا ننكر ان لفظة الفتخ لا تلائم من جميع وجوهها ما ينطوي تحت (acromégalie) من المعاني « ضخامة الكفين حتى الساعد ، والقدمين حتى الساق ، الى زيادة في قطر الفكين وانهدال في الشفة العليا · وبروز في الانف ··· الخ » ··

ومن العبث ان نتوقع كلمة في معاجم اللغة او المخصصات تضم هذه المعاني في آن واحد ، لان كل صفة من الاوصاف التي ذكرناها لها في معاجم اللغة العربية لفظ خاص يدل عليها ، اما مجموعها فيكون مرضا قائما بذاته كان من مآثر علماء العصر الحاضر ،

ولو اننا عطفنا الى المصطلح الافرنجي هذا لما وجدناه يفيد الا ضخامة الاطراف فقط في حين انها احدى علامات المرض ، ولا بأس في مثل هذا

ان نأخذ باللفظ العربي على سبيل الاطلاق . وليس من ينكر ان اطلاق الفتخ على (acromégalie) يسد مسد لفظين في آن واحد . فيقال حينئذ « اصيب المريض بالفتخ » بعد ان كان يقال « اصيب بضخامة الاطراف » .

١٧ — الفخة : ومنها قولهم مفصل دمني مقابل (articulation de polichinelle) في معرض البحث عن مرض كان من عاقبته ان اصبحت المفاصل مسترخية لا قدرة لها على الثبات . والصواب ان يقال « اصابته الفخّة » كما ذكر صاحب القاموس « الفُخ : استرخاء الرجلين كالفخخ والفخة ويقال رجل أفخّ وامرأة فخاء » .

وقد ورد في مادة « الفتخ » ما يدل على هذا الا انا رجحنا الفخة لاحياء اللفظين معا ودفعا للوقوع في اللبس .

١٩ — العنفة : ومن المصطلحات قولهم (برواز الطيارة)وهي في الافرنجية (hélice de l'aéroplane) ، فالشق الاول من هذا المصطلح دخيل والشق الثاني عربي فغدا مزيجاً من لغتين فلا هو بالنحت ولا بالتعريب ! ؟

ولعل خير مصطلح يقوم بتأدية هذا المعنى العنفة « بفتح العين والنون » ذكر صاحب القاموس « العنفة محركة الذي يضرب به الماء فيدير الرحى » ونحن في مثل هذه الازمة اللغوية يتسنى لنا اطلاق هذا اللفظ على (hélice) الطيارة الذي يشبه من حيث وضعه وحركته العَنَفَة التي تدير الرحى فالاولى عماد الطيارة في حركتها وطيرانها والثانية قوام الرحى في دورانها .

٢٠ — الخشم : ومنها قولهم « اصيب المريض بعدم الشم ولم يعد بمقدوره تمييز الروائح » والصحيح ان يقال اصيب بالخشم بفتحتين فاصبح اخشم وصاحب

التاج يقول « الاخشم لا يكاد يشم شيئا والخشم في الافرنجية « anosmie » هو تعذر شم الرائحة اوزواله »

٢١ — حافة وحافات: ومن الزلات اللغوية جمعهم حافة على « حواف وحوافي » وكلا الجمعين لا اثر لهما في معاجم اللغة والصواب « حافات » ومنه الحديث عليك بحافات الطريق « تاج العروس »

٢٢ — منطاد : ومنها لفظهم المنطاد بكسر الميم اعتقاداً منهم انها اسم آلة والصواب بضمها اذ هي « المرتفع »

وقد ذكر الزبيدي في هذا الصدد ما حرفه « بناء منطاد مرتفع ذاهب في الهواء من الانطياد ، والانطياد الذهاب في الهواء صُعداً » ثم اطلقها المتأخرون على البالون ·

الجزء ٧ المجلد ٦

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٢٩ م · الموافق لمحرّم سنة ١٣٤٧ هـ

نشرنا في اجزاء السنة الماضية ١٩٢٨ السادس والسابع والعاشر كل ما جاء به زملاؤنا البيروتيون من الاراء عن تفشي ضنك البحر المتوسط بالبعوض وما جئنا به مع زميلنا الاستاذ ترابو من الاراء في نقض هذا المبدإ واثبات انتقاله بالملامسة وقد نشرت رصيفتنا المجلة الطبية العلمية الغراء التي تصدر عن بيروت في اجزاء سنتها ١٩٢٩ السادس والسابع والعاشر مقالات ثلاثاً احداها للاستاذ عرداتي والثانية للاستاذ الامير رئيف ابي اللمع والثالثة للاستاذ ترابو ولنا وهي تتمة للحوار الذي دار بين زملائنا البيروتيين و بيننا عن انتشار الضنك ولما كنا قد وعدنا القراء بنشر كل ما يقال عن الضنك برزنا في وعدنا الآن لئلا تفوت فائدة هذه الابحاث قراءنا الافاضل تاركين ما جاء في المقالة الاولى من الاغلاط اللغوية والنحوية على عهدة كاتبها الفاضل «المنشىء»

كيف ينتشر الضنك

للدكتور نجيب عرداتي

استاذ في الجامعة الاميركية · بيروت

ان من اهم المواضيع الطبية التي هي على بساط البحث عندنا في هذه الايام موضوع حمى الضنك وكيف ينتشر · وذلك نظراً للتباين في الاراء والاختلاف في المذاهب الواقع بين رجال الطب في دمشق وبين زملائهم في بيروت من

حيث طرق انتشار المرض وكذلك نظراً لتفشي هذا الداء في بعض ما جاورنا من البلاد وتهديده مهاجمتنا

من اطلع على ما ورد في الاعداد الاخيرة من المجلة الطبية العلمية يرى ما ذهبت اليه كل طائفة وما ادلت به من الحجج تأييداً لرأيها بين قائل ان الضنك ينتشر من مريض الى سليم بواسطة البعوض وقائل انه يسري من شخص لآخر مباشرة بدون واسطة ما

لا اريد ان اؤيد نظرية من النظريتين او انفي الاخرى بل اذكر ما قام به استاذي المرحوم الدكتور كراهم من التجارب التي ساعدته في بعضها من مضي ربع قرن وما وصلنا اليه من النتائج والمشاهدات واروي ايضاً ما قام به بعض الباحثين في هذا الموضوع وما وصلوا اليه واترك بعد ذلك الحكم لحضرات الزملاء

ان التجارب التي قام بها الاستاذ كراهم كانت عديدة اقتصر على ذكر ثلاث منها مع بيان اساليبها وذلك لاجل تقدير قيمتها الفنية والاختبارية

التجربة الاولى : أُصيبت بالضنك امرأة مرضع لها ولد عمره ثمانية اشهر . في اليوم الذي ظهرت معها اعراض المرض أُدخلت هي وولدها الى غرفة سبق تطهيرها بغاز الكلورين لقتل ما كان فيها من البعوض واخذت الاحتياطات لمنع دخول بعوض جديد من الخارج وفي اليوم الثاني صار تبخير غرفة ثانية ونقلت المريضة وولدها اليها وهكذا كان كل يوم يصير تبخير الغرفة التي ستقطنها المريضة وولدها حتى لا يبقى فيها بعوض ودامت هذه الاحتياطات مدة خمسة عشر يوماً شفيت بغضونها الامرأة من مرضها وبقي ولدها سليماً من الضنك

التجربة الثانية : عائلة فقيرة فيها اربعة اولاد تتراوح اعمارهم بين السنة الرابعة والحادية عشر وكان الاولاد الاربعة ينامون في فراش واحد وقد أُصيب كبيرهم بالضنك . وبالحال صار تطهير الغرفة من البعوض وبقي اخوته الثلاثة معه في الغرفة كسابق عادتهم يلاعبونه في النهار ويشاركونه فراشه في الليل . وفي هذه الحالة ايضاً اخذت الاحتياطات لمنع دخول البعوض من الخارج وبقي الاولاد الثلاثة تحت المراقبة مدة ثلاثة عشر يوم ولم يظهر الضنك باحدهم

التجربة الثالثة : اصيب رب عائلة بالضنك وله ثلاثة اطفال وكان شديد الخوف عليهم فطلب من الدكتور كراهم ان يقوم بما امكن من الاحتياطات لوقايتهم من الضنك فاشار عليهم الطبيب بلزوم المحافظة عليهم من البعوض ولدغه واجري اللازم لاتلاف البعوض وبقي الاولاد سبعة عشر يوم محصنين من البعوض ولم يصابوا بالضنك

النتيجة الحاصلة من هذه التجارب تثبت من الوجهة السلبية العلاقة بين البعوض وانتشار الضنك اي انه لو توفر وجود الضنك ولم يوجد بعوض فالضنك لا ينتشر بل يبقى محصوراً في المريض . فهذه التجارب كما هي ليست بقاطعة لاثبات القضية من وجهتها الايجابية اي للتحقيق فيما اذا كان ممكناً نقل حمى الضنك من مريض الى سليم بواسطة البعوض فهذه الفكرة كان يعارضها نظرية جواز هذا العمل او عدمه . انما بالنظر الى تفشي المرض بين اكثر الناس وبالنظر الى سلامة عاقبته لم تقف نظرية المعارضة طويلاً بوجه هذه التجارب خصوصا لما تبرع بتقديم نفسه عدد من الشبان مقابل مبلغ من الدراهم يعطى لهم كتعويض مالي وقد وقع الانتخاب على اربعة اشخاص اقوياء البنية لم تحدث

اصابة بالضنك في بيت احدهم واجريت معهم التجربة الآتية :

وضع كل منهم في سرير محاط بناموسية وادخل عليه من البعوض الذي كان امتص من دم مريض بالضنك عدد يتراوح بين ١٥ — ٣٠ بعوضة وبقي البعوض الملوث والرجل المختبر به ضمن الناموسية عدة ايام لتتسنى للبعوض الفرص للدغه وهذا فعلا تم وبعده ظهرت اعراض الضنك باحد الرجال في اليوم الخامس وبالثاني في اليوم السادس وفي الثالث في اليوم الرابع اما الرجل الرابع فقد بقي سليماً فاعيد عليه حملة ثانية من البعوض الملوث وهذه المرة لم تظهر عليه اعراض مرضية واخيراً افاد انه في عام ١٨٨٩ اصيب بمرض اعراضه دلت على انه حمى الضنك فلذلك على ما يظهر كان لم يزل محصنا ضد الضنك ٠

ولاجل رفع الشكوك والظنون انه لربما قد اجريت التجربة على هؤلاء الاشخاص الثلاثة وصار تعريضهم للدغ البعوض الملوث بينما كانوا قبل المباشرة بتلك التجربة سائرين الى المرض ولم تكن ظهرت اعراضه عليهم بعد٠

لذلك صار نقل عدد من البعوض الذي تغذى من دم مصابين بالضنك الى قرية في الجبل ندر فيها البعوض ولم يكن حدث فيها ولا اصابة بالضنك. وهناك تم الاتفاق مع رجلين قويي البنية على ان يبقى كل منهم عدة ايام تحت الناموسية معرضا نفسه للدغ البعوض وذلك مقابل مقدار من الدراهم واجري الاختبار طبق التجارب السابقة وكانت النتيجة ان اعراض الضنك ظهرت في احدهم بعد ان صرف اربع ليال مع البعوض وفي الثاني بعد ان صرف خمس ليال ٠ وفي كل من الرجلين ظهر المرض باعراضه الاعتيادية وسيره كان مطابقا لسير الوافدة في بيروت وبعد ذلك صار اتلاف البعوض الذي نقل من بيروت لاجل الاختبار

خشية من انتشار المرض في القرية وفعلا لم يظهر في القرية مرض الضنك الا في الاشخاص الذين صار الاتفاق معهم على الاختبار ٠

هذه التجارب تبين لنا جليا انه حيث يوجد ضنك ويوجد بعوض تتغذى من دم مصابين وتلدغ اناسا ليس فيهم مناعة ضد المرض ينقل البعوض اليهم الضنك بدون ريب وكانت تظهر عليهم اعراض الضنك بعد اربعة ايام او اكثر ٠

وقد نستخلص من التجارب المذكورة آنفا ان حمى الضنك لم تنتشر بالملامسة المباشرة مهما كثر اختلاط المصاب بمحيطه كما شوهد في التجربتين الاولى والثانية المار ذكرها بل كان من اللازم وجود بعوض ليكون واسطة لنقل المرض ٠

ان الدرجة الفاحشة التي تفشت بها البرداء والضنك في بور سعيد مشهورة ولما قام Ross بحملته المعلومة ضد البعوض وفاز باتلافه من تلك الربوع اختفت الملاريا والضنك تماما وكذلك ذكر Mc Culloch انه في عام ١٩١٨ قام بحملة ضد البعوض في جزيرة Corregidor حيث تفشى الضنك والملاريا ولما تم له تخليص الجزيرة من البعوض انقذها من الضنك بتاتا وقد صدف انه جاء الجزيرة بعض المسافرين وكانوا مصابين بالضنك فلم يتعدى المرض الى غيرهم وذلك بسبب عدم وجود بعوض في الجزيرة لينقل المرض ٠

شكلت حكومة الولايات المتحدة بعثة بحاثة مكملة العدد والعدد لدرس المسائل الطبية المشكوك فيها واوفدتها الى جزائر الفلبين في عام ١٩٢٤ بعد ان جهزتها بكل ما تحتاجه من رجال، ومال وادوات واول ما قامت به تلك البعثة من الابحاث كان تحري عامل الضنك وطريقة انتشاره وبعد ان اشبعت الموضوع بحثاً ودرساً وتدقيقا اعلنت نتائج اختباراتها في كتاب خاص وهذه خلاصتها

Dengue by Siler - Hall & Hitchens

(١) يوجد عامل حمى الضنك في دم المريض خلال الثلاثة الايام الاولى من المرض وهو مجهول الهوية وكل ما يقال فيه انه عامل راشح يمر في مسام ادق المصافي ٠

(٢) بعد اجراء ١١١ تجربة ببعوض سبق تغذيته من دم مصابين بحمى الضنك وتركه يلدغ اناسا سالمين تبين ان هذا البعوض سبب انتقال المرض في ٤٧ حادثة من ١١١ تجربة

(٣) ان البعوض الناقل لحمى الضنك هو stegomya faciata والمسمى Oedes Egypt وليس culex fatugans

(٤) يكون عامل حمى الضنك موجوداً في دم المريض بخلال الثلاثة ايام الاولى من المرض واذا لدغ مصاباً وامتص دمه يكون فيه عامل الضنك بشكل تتوفر معه اسباب تطوره في البعوضة فيأخذ في النمو

(٥) ان عامل حمى الضنك الذي يمتصه البعوض بخلال الثلاثة ايام الاولى من المرض ياخذ بالنمو والتطور في البعوضة مدة العشرة ايام الاولى ولو بخلالها لدغ البعوض سليماً لما اصابه بسوء لان عامل الضنك لم يكن اذ ذاك بلغ الطور الذي يتفق مع نموه في دم الانسان اما بنهاية الايام العشرة هذه يكون اكتمل تطور عامل الضنك في البعوضة وهي بعد ذلك تصبح قادرة على نفث العامل المرضي في دم كل انسان تلدغه وهي تبقى معدية هكذا طول حياتها التي تتراوح بين الشهرين والثلاثة ٠

(٦) ان عامل الضنك لا ينتقل من بعوضة ملوثة بواسطة بيوضها ٠

(٧) ان حمى الضنك لا تنتقل من انسان الى اخر مباشرة بدون بعوض

(٨) مدة حضانة الضنك في الانسان تتراوح بين ٤ — ٧ ايام منذ لدغ البعوض الملوث للانسان السليم ·

(٩) ان ذيوع الضنك يتفق مع موسم انتشار البعوض اي بين شهر نيسان وتشرين الثاني وكلما برد الطقس قل عدد البعوض وتلاشى الضنك ·

هذا اهم ما جاء في كتاب البعثة الاميركية ثم ان التجارب التي اجريناها في بيروت اثبتت ان الضنك ينتقل بالبعوض وبعد ذلك جاءت مشاهدة Ross وبعده مشاهدة Me Culloch وايدتا انقطاع الضنك من المحلات التي كان فيها وافديا بعد ان اتلفوا البعوض منها واخيراً جاءت تقارير البعثة الاميركية لجزائر الفلبين وفيها من المشاهدات الدقيقة والتجارب العديدة والمعلومات الضافية ما لا يترك مجالاً لناف او لمنتقد وقد اسهبت هذه البعثة في الابحاث التي استندت عليها وقررت بموجبها ان الضنك ينتقل بواسطة بعوض اسمه stegomya faciata او Oedes Egypt · فلنعد الان موقتا الى ما سبق اذاعته في بيروت من نحو ربع قرن عن اكتشاف انتشار الضنك بواسطة البعوض المسمى culex fatigans ولنقابله مع ما نشر موءخراً عن انتشاره في جزائر الفلبين بواسطة البعوض المسمى stego mia faciata فاننا نرى تشابها عظيما لا بل مطابقة كلية في جوهر الاذاعتين ·

لرب قائل يقول هل الضنك الذي يظهر في بلادنا السورية هو نفس الضنك الذي يظهر في جزائر الفلبين او يختلف عنه؟ فاقول بما أن العامل المرضي في ضنك كلا البلدين لم يزل مجهولا فلا يمكننا التعديل على هذه النقطة للتمييز

بين المرضين لكن من المعلوم ان الضنك يغشى بلادنا في الصيف والخريف الاشهر التي يكثر فيها البعوض وقد ثبت ايضا في جزائر الفلبين ان الضنك يتفشى بين اشهر نيسان وتشرين الثاني حيث يكثر البعوض ايضا فهنا نرى التشابه الوافدي بين ضنك البلدين من حيث الموسم

وكذلك نرى ان مدة الحضانة في كل من المرضين تتراوح بين الاربعة والثمانية ايام وهذه نقطة تشابه بينهما

فلنجل الطرف الان في الاعراض السريرية لنرى هل هناك من تشابه بين اعراض ضنك سوريا وضنك الفلبين ؟

في عام ١٩٠٨ ظهرت في بيروت وافدة ضنك شديدة الوطأة دونت في اثنائها عدة مشاهدات عن الوافدة والاعراض السريرية والاختلاطات وخلاف ذلك ونشرت هذه المشاهدات في مجلة Medical record النيويوركية والان انقل لحضراتكم خلاصة ما نشرته عن الاعراض السريرية :

بعد حضانه تتراوح بين ثلاثة وسبعة ايام يهاجم المرض فجأة بقشعريرة وارتفاع في الحرارة واحياناً بدوار يكون دائما مرفوقاً بصداع والام في مقل العين وفي الظهر والمفاصل خصوصا في الركب والعضلات وقد شاهدت في كثير من الحوادث طفح خفيف في اليوم الاول والثاني ينتشر على الوجه والصدر

يفقد المصاب شهية الطعام طول مدة المرض وفي عدد غير قليل من المرضى يحدث تسرع في النبض وارق واحيانا هذيان . اما الحمى فتتصاعد لدرجة ٣٩ — ٤١ وكانت تدوم من ثلاثة ايام الى ستة وعلى الغالب كانت تهبط ببحران ويرافق هذا الهبوط ظهور طفح على كل الجسم سريع الزوال ومعه بعض تقشر

في الجلد وفي بعض الحوادث كان يظهر تضخم في الطحال · وقد تكون بعض الحوادث خفيفة لدرجة لا يشعر معها المصاب بضرورة ملازمته الفراش وبعض الحوادث كانت شديدة الوطئة ويرافقها اختلاطات عديدة بعضها كان مهم ووخيم الانذار ·

هذه خلاصة الاعراض التي شاهدناها في ضنك بلادنا

ومن ما ذكره الاستاذ دي بران عن اعراض الضنك في سوريا قال في كتاب Roger - Widal & Teissier في الصفحة ٧٤٤ : مدة حضانة الضنك تختلف بين يوم واربعة ايام واحيانا تكون قصيرة ولا تزيد عن بعض ساعات ابتداء المرض يكون دائماً فجائي · الالام هي اعراض دائمة في الضنك منها الصداع الذي قد يكون العرض الرئيسي والالام القطنية كثيرة الحدوث · الالام في الاطراف تكون خاصتاً في مفاصل الركبة والكاحل · ثم قال في الصفحة ٧٤٦ النفاط كثير الحدوث ويمكن ان لا يظهر في بعض الوافدات · ثم قال في الصحفة ٧٤٧ مع انه يوجد حوادث بدون حرارة فالحمى هي القاعدة الحرارة ترتفع فجأة وتصل الى اقصاها اي ٣٩ او ٤٠ واحيانا ٤١ بظرف عدة ساعات ·

الانحداب (La courbe) ليس له نظام · بعد ان تدوم الحرارة من يوم الى ثلاثة ايام تنخفض تدريجيا وقد يحدث بعد ان تدوم الحرارة من يوم الى ثلاثة ايام ان يشاهد هبوط سريع ويسبقه احياناً اعراض بحرانية

في المناطق الحارة يظهر الانحداب هبوطا من يوم الى ثلاثة ايام تنزل في اثنائها الحرارة الى ما يقارب الدرجة الطبيعية · ثم يعقبها اشتداد الاعراض حيث يصادف ظهور الطفح الثانوي · وهذا الشكل يشاهد احيانا في سوريا

ثم ذكر الاستاذ دي بران في رسالتـــه عن الحمى الحمراء ـــفي سوريا بين الصفحتين ٦٦٣ — ٦٦٩ ما ملخصه ان من اعراض الضنك اولاً تلبك معدي ثانيا تكسير الجسم والتعب مع الام مختلفة كالصـــداع والم الظهر والم الركب والعضلات · ثالثاً النفاط وهو من الاعراض الخاصة بحمى الضنك · رابعـاً التقشر · خامساً الحمى وهي ترتفع بسرعة وتبلغ اعلى درجتها بظرف عدة ساعات وهي نادراً تزيد عن ذلك في الايام التالية

ولننظر الان الى الاعراض السريرية التي شاهدتها البعثة الاميركيـــة ونشرتها في تقريرها وهذه خلاصتها :

المهاجمة فجائية مرفوقة بصداع والام في موءخر مقل العين واحتقان الوجه والعينين · عدم شهية للطعام فقدان حاسية الذوق · الام في الظهر · الام ـــفي المفاصل والعظم مع انحطاط شديد في الجسم · الحرارة تدوم من ٣ — ٤ ايام ثم تنخفض قليلا ثم تعود الى الارتفاع بعد يوم او يومين تنتهي بهبوط سريـــع · عنـــد ارتفاع الحرارة باول المرض يظهر طفح احمر اولي على الصدر والظهر والجنبين وعلى الجهة القابضة من اليدين والساقين مع الكتابة الجلدية · ويحصل في الدم تخميض في عدد كرياته البيضاء مع ازدياد نسبي للكريات اللمفاويـــة ويصادف عند هبوط الحرارة النهائي ظهور طفح جلدي ثانوي متعدد الشكل

هـــذه هي الاعراض التي شاهدتها البعثة الاميركية ـــفي الفلبين ولدى مقابلتها مع مشاهداتنا في بيروت ترون ايهـــا السادة ان اعراض المرض وسيره في بلادنا وفي الفلبين واحد · ولرب قائل يقول ان الحرارة ـــفي ضنك الفلبين تتنازل في اليوم الثالث او الرابع وبعده تعود للارتفاع وهذا الهبوط لم يـــذكر

عنه شيء في ضنك البلاد السورية فاجيب انني كنت الاحظ هبوطاً في الحرارة في اليوم الثالث او الرابع من المرض وكنت اعزيه الى نتيجة المعالجة كاستعمال مسهل او خلاف علاج من مهبطي الحرارة في اليوم الثاني او الثالث من المرض حيث يدعى الطبيب ولم انظر الى هذا الهبوط كميزة لسير المرض كما فعلت البعثة الاميركية

بعد ان رأينا ان الضنك في سوريا وفي الفلبين ينتشر في موسم واحد اي ايام يكثر فيها البعوض

وبعد ان رأينا من التجارب التي اجريت في بيروت وفي جزائر الفلبين ؟ انه يتم نقل الضنك اختبارياً من شخص لآخر بواسطة البعوض

وبعد ان رأينا من ابحاث وتجارب بيروت والفلبين ان الضنك لا ينتقل من مريض الى سليم مباشرة مهما كثر اختلاطهم ان لم يكن هناك بعوض لينقل العامل المرضي

وبعد ان رأينا ان الاعراض السريرية في ضنك كل من البلدين مطابقة للاخرى

لا بد ان نحكم ان المرض الذي يغشى البلدين هو واحد وان يكن هناك فروقات فهي بسيطة وناتجة عن اختلاف تأثيرات المحيط والاقليم واستعداد الاجسام وما شابه ذلك وبعده لم يبق عندنا سوى امر واحد يجب البت فيه وهو هل البعوض الناقل لضنك سوريا هو نفس البعوض الناقل لضنك الفلبين او لكل ضنك بعوض خاص ؟

ذكر الاستاذ كراهم ان الناقل للضنك هو culex fatigans وذكرت البعثة الاميركية ان الناقل هو stegomia faciata المسمى oedes Egypt وليس

culex fatigans ومن مقابلتنا هذين الرأيين مع بعضهما نرى بينهما اتفاق ونرى بينهما اختلاف فالاتفاق هو بالجوهر الاساسي اي اثبات انتشار حمى الضنك بواسطة البعوض والاختلاف هو في نوع البعوض الناقل . وهذا الاختلاف بنظري ثانوي الاعتبار : لانه لماثبت من ربع قرن ان البعوض هو الناقل لحمى الضنك صار ارسال عدد من ذلك البعوض الى احد الخبراء وطلب منه ان يتحقق نوعه و يعرّفه باسمه العلمي فاجاب انه من نوع culex fatigans وهكذا اذيع ان الـculex هو ناقل الضنك واخيراً ثبت لدى البعثة الاميركية في الفلبين ان البعوض الناقل لحمى الضنك كما عرّفه الاختصاصيون بعلم البعوض هو من نوع stegomya وليس من نوع culex فعلى كلى الحالتين فالناقل هو البعوض ولا فرق بين ضنك سوريا وضنك جزائر الفلبين سوى بنوع البعوض الناقل . فهل فعلاً هناك ضنكين متشابهين من كل الوجوه و ينتقل كل منهم بنوع خاص من البعوض او هل هناك ضنك واحد ينتقل في سوريا بالـ culex وفي الفلبين بالـ stegomya ؟ ام هل لا فرق بين الضنكين ولا بين البعوضين سوى اختلاف وقع في تسمية البعوض الواحد ؟

لا شك ان البعوض الذي ينقل الضنك في الفلبين هو من نوع stegomya لان ما قامت به البعثة الاميركية من التجارب والتدقيقات كانت كافية ومقنعة

ولاجل معرفة فيما اذا كان يوجد من هذا البعوض في بلادنا فانني قمت موءخراً بجمع كميات من البعوض المنتشر في بيروت لدرس انواعه فوجدت عدى عن الكولكس والانوفل مقداراً وافراً من stégomya fasciata فقلت في نفسي لا شك ان هذا البعوض كان موجود في بلادنا من عهد قديم . فهل يبعد

ان يكون البعوض الذي اجريت به التجارب وثبت انه الناقل للضنك وارسل الى الخبير لتسميته كان من نوع stegomya وان الخبير اخطأ بتسميته culex في ذلك العهد لم تكن علامات التفريق والتمييز بين culex و stegomya وغيرها من البعوض معروفة ومفصلة عند كل رجال الاختصاص كما هي اليوم

هذا ما اردت ان الفت اليه الانظار الان وهذا ما وصل اليه العلم مستنداً على البحث والاختبار وانني ارجو حضرات الزملاء اذا اتفق لهم ان يشاهدوا الضنك بعد الان ان لا تشغلهم معالجة المرض فقط بل ان يستفيدوا من تلك الفرص ويدرسوا المرض من وجهته العلمية

واذا جاء الغد وكشف لنا اسراراً لم ندركها فتلك بغيتنا والله الهادي الى الصواب

***

الضنك والبعوض

للدكتور الامير رئيف ابي اللمع

استاذ امراض الاقاليم الحارة في الجامعة الاميركية في بيروت

لو لم يكن في هذا الموضوع من لذة وفي درسه من فائدة

ولو لم يكن في قلم الاستاذ خاطر من منطق وفي جدله من ظرف وادب

ولو لم يكن الحكيم غصن «مقداحاً» يعمل بعينه الجذابة ولسانه الناعم على تأجيج نار هذه المباحثة لتغذية مجلته العزيزة — لما كنت ولجت هذا الباب مرة ثانية بعد الذي اوردناه.

ولكنني والاستاذ الكريم يتحداني للجواب والحكيم الصديق يلح عليّ

بعدم الاحجام اراني مضطراً للاجابة والكتابة وكيف يرفض لهذين الزميلين العزيزين طلب

فلهذا استميح كرام القراء بعجالة موجزة على ملاحظات الحكيمين ترابو وخاطر على مقالي الماضي وبكلمة عما جرى بخصوص انتقال الضنك في المؤتمر الطبي الدولي لامراض الاقاليم الحارة وعلم الصحة في القاهرة هذا العام ٠

المؤتمر : خصص القسم الاول من جلسة صباح الاربعاء الواقع في ١٩ كانون اول للبحث في حمى الضنك ولم يخصص في جدول اعمال المؤتمر غير هـذا الوقت ٠

وكثيراً ما فتشت قبل ولوج القاعة عن الاستاذ ترابو لأجلس قربه في هذه الجلسة التي تهمنا معاً — فلم اجده هناك ولم اجد احداً من الاخوان الزملاء الدمشقيين ؟ فقلت ان الحكم سيصدر غيابياً وسيستأنف للمؤتمر الآتي سنة ١٩٣١ في امستردام فلا حول ولا قوة الا بالله !

كان الخطيب الرسمي الدكتور « ارافانتينوس » (Aravantinos) استاذ الامراض الداخلية في جامعة آثينا وموضوعه « وافدة الضنك في اليونان سنة ١٩٢٧ — ١٩٢٨ » فتكلم عنه مطولاً وقد رأى عشرات الالوف من المرضى واشتغلت دائرته البكتريولوجية طيلة سنة كاملة في درسه واختباره وما انتهى من خطبته ووضع الموضوع للمناقشة حتى وقف الحكيم عرداتي وسأل الاستاذ هذين السوءالين الصريحين المحدودين :

اولاً : كيف ينتقل الضنك ؟

ثانياً : هل ضنك البحر المتوسط هو ذات ضنك الاقاليم الحارة كالهند ام

هناك نوعان ؟

فاجابه الاستاذ – وهو حيٌّ يرزق – بوضوح تام وبلغة صريحة – انه يعتقد تمام الاعتقاد انه يوجد ضنك واحد في العامل المرضي وفي الحيوان الناقل وفي الاعراض السريرية وليس هناك سبب يبرر قسمة هذا المرض الى نوعين؟؟؟

فلم يعترض احد على هذا الكلام وانتقل البحث الى سواه

ولهذا كان عجبي عظيماً عند ما قرأت في جريـدة لسان الحال الغراء تصريح الدكتور عرقتنجي لصحافي دمشق انه بيّن في موءتمر القاهرة واثبت ان الضنك لا ينتقل بواسطة البعوض وفند مزاعم اطباء بيروت ؟!؟

فالدكتور عرقتنجي لم يكن حاضراً تلك الجلسة ولم يتكلم احـد من الاطباء السوريين واللبنانيين الا الدكتور عرداتي فقط

ربمـا تكلم الدكتور عرقتنجي عن الضنك في غير تلك الجلسة وهي الوحيدة المخصصة له كما اسلفت – فجاء كلامه بطريق العرض ولم يسعدنا الحظ باستماع تلك الاثباتات التي لا تقبل الرد لاننا نوءكد لحضرته ان اطباء بيروت نظير اخوانهم اطباء دمشق هم روّاد حقائق يسعون اليها ويخضعون لها كيفما اتت وعن ايٍ كان ، وما موعدنا بنشر كتاب وقائع الموءتمر ببعيـد فكل آتٍ قريب

ملاحظات الاستاذين ترابو وخاطر : اما ملاحظات الاستاذين على مقالي فانا اقدم لحضرتهما الردود التي يطلبانها واقبـل حكمهما – هما نفسهما – لي او عليَّ :

اولاً : في صفحة ٤٢٩ من العدد الثامن من السنة الخامسة يقول الاستاذان

ان ضنك الاقاليم الحارة وضنك البحر المتوسط ينقلان رأساً من الانسان الى الانسان وفي صفحة ٢٢٤ من العدد الخامس من السنة السادسة يقولان «اننا نعتقد بانتقال ضنك البلاد الحارة بالبعوض» فهل يتكرم الاستاذان بتصحيح هذه المغالطة واخبارنا اي الرأيين هو رأيهما الاخير المعوّل عليه؟ ...

ثانياً : يقول الاستاذان— قصد تفريق الضنك — ان ضنك الاقاليم الحارة مرض فصلي يظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض وضنك البحر المتوسط مرض يفد كما تفد الاوبئة في فترات مختلفة

فليسمح لي الزميلان الفاضلان ان اذكّرهما -ومثلهما لا يحتاج لتذكير— ان ضنك البلاد الحارة لا يظهر مطلقاً كل سنة من فقس البعوض كما يتوهمان بل هو كضنك البحر المتوسط تماماً يظهر في وفدات مختلفة الازمان . ومن راجع تاريخ وافدات الضنك في الاقاليم الحارة تبين له ذلك بأجلى بيان

ففي سنة ١٨٢٤ الى ١٨٢٨ ظهرت الوافدة العظمى في كل الاقاليم الحارة وسنة ١٨٧١ الى ١٨٧٣ ظهرت وافدة ثانية اجتاحت افريقيا الشرقية والصين والهند وبلاد العرب ومصر وسنة ١٨٩٥ الى ١٨٩٦ ظهرت وافدة الهند الثانية الخ كتاب كاستلاني صفحة ١٢٤٤

فلهذا نرى ان وافدات ضنك الاقاليم الحارة لا تأتي في صيف كل سنة بل في وافدات متعددة . فالاثنان لا يختلفان من هذه الوجهة في شيء على الاطلاق

ثالثاً : يقول الاستاذان ان ضنك البحر المتوسط نفاطيّ وضنك الهند لا نفاط فيه — وهذه نقطة لا نسلّم بها ايضاً فالنفاط يحدث في ضنك الهند كما في ضنك البحر المتوسط تماماً

يقول الاستاذان ان « مانسون » (ابا طب الاقاليم الحارة) « وكستلاني » تحنى الرؤوس امام معارفهما ولكنهما درسا وكتبا عن ضنك الهند وضنك الاقاليم الحارة لا عن ضنك البحر المتوسط

فالى الاستاذين اذن ما يقوله كلاهما عن ضنك الهند.

« ومع عودة الحرارة يظهر على الجسم نفاط يبتدىء في اليدين ويمتد الى الساعدين فالصدر فالبطن فالساقين » (مانسون صفحة ١٩٠ طبعة ١٢٧)

وهكذا يقول كاستلاني صفحة ١٢٤٨ فالنفاط معروف من قديم الزمان وقد وصفه جميع الاطباء في الاقاليم الحارة كمانسون وكستلاني وفي شواطئ البحر المتوسط كدبران وغراهم وعرداتي وكثيرون غيرهم

رابعاً : اما القول ان حمى التيفوس لا تظهر الا في زمن الحروب والسجون فانا احيله الى مستشفى الجامعة الاميركية حيث وجدوا منذ شهر واحد فقط حادثة تيفوس حقيقية باعراضها السريرية وابحاثها البكتريولوجية وقد اعلمت ادارة الصحة بالامر ونقل المريض الى مستشفى الامراض السارية حيث اجريت الابحاث ثانية فاتت بذات النتيجة

نعم ان التيفوس لا تظهر كوباء عام الا في الازمنة التي اشار اليها الاستاذان ولكن نرى دائماً من وقت لاخر حوادث متفرقة تدل — كما قلت سابقاً — على ان الجرثومة تبقى حية حتى يتسنى لها الظهور اما بتغيير يطرأ عليها او على الحيوان الناقل لها او على الانسان فيجعله صالحاً لها وتلك ابحاث عميقة لم يتوصل العلم لحلها الان

والا لو كانت الجراثيم تموت وتتلاشى من الوجود بعد الوافدات فمن اين

تخلق ثانية من عام الى عام

خامساً : يقول الاستاذان ان المصل يبقى ذا فوعة بعد تصفيته من مصفاة شمبران وهذا يدل على ان العامـل المرضي في الضنك من نوع الجراثيم العابرة المصفاة . فانا اسلم بذلك ولا اشك به ولقد ذكرته في مقالي السابق ولكنني لا ادري اي حجة يريد ان يستخلصها الاستاذان

هل كون جرثومة الضنك من الجراثيم الغير المرئية ويبرهن انها لا تنتقل بواسطة البعوض ان ينقل ايضاً الجراثيم التي لانستطيع ان نراها الان(؟؟؟)ولماذا نقول ان العامل المرضي في الضنك من نوع الجراثيم الغير المرئية التي لا تحتاج لواسطة نظير جراثيم الحصبة والجدري ولا نقول انـه من نوع الجراثيم الغير المرئية التي تحتاج الى واسطة — او ليس العامل المرضي في التيفوس جرثومة غير مرئية ايضاً ولكنها تحتاج لناقل هو القمل .

سادساً : اما زمن وافدة السويس الاخيرة الذي تريدان معرفته فهو سنة ١٩٠٦ الى ١٩٠٧ وهاك تعريب ما يقوله ستت Stitt مفتش صحـة الاسطول الاميركي في كتابه امراض الاقاليم الحارة الطبعة الثالثة صفحة ٢٣٧

« انه من اعظم البراهين على انتقال الضنك بواسطة البعوض هو عدم وجود الضنك في بورت سعيد في وافدة سنة ١٩٠٦ رغمـاً عن وجوده في كل الاقطار المصرية المجاورة . وسبب ذلك هو عدم وجود البعوض الذي اتلف لجعل منطقة بورت سعيد خالية من الملاريا . وهذه الحملة ضد البعوض ابتدأت في ايار سنة ١٩٠٦ » فهل في ذلك غموض او ابهام؟ او ليس ضنك بورت سعيد من « ضنوكة » البحر المتوسط ؟

سابعا : يأسف الاستاذان الكريمان على اضاعتي الوقت بنقل اقوال اولئك الثقات لانهم انما يتكلمون عن ضنك الاقاليم الحارة وليس عن ضنك البحر المتوسط · ولكن كم تكون حيرة الاستاذين الان عظيمة عندما اؤكد كلامي الاول واقول ان اولئك الثقاة انما يتكلمون عن ضنك سوريا ومصر واليونان واميركا ايضاً لا عن ضنك الاقاليم الحارة فقط

قال مانسون صفحة ١٨٧ في تحديده الضنك انه حمى تنتقل بواسطة الستيغوميا وربما غيرها ايضاً من البعوض وتمتد سريعاً كوافدة وبائية وقد غشيت مراراً سوريا واسيا الصغرى واليونان واميركا الشمالية والجنوبية وهي عامة دائمة في بعض جزر الباسيفيك الخ فهو اذن بصراحة تامة يتكلم عن ضنك البحر المتوسط — ويذكر لحسن الحظ اسم سوريا — ويقول أن ضنكها ينتقل بواسطة البعوض ومثله يقول كاستلاني وستت وروجاه · فكلهم عندما يتكلمون عن الامكنة التي يغشاها الضنك يذكرون مع اسم الهند والفيليبين اسم مصر وسوريا واليونان

وعلى كلٍ فانا شاكر للاستاذين شفقتهما على تعبي ووقتي وان كانت هذه الشفقة في غير محلها

« بقي امر اختباراتي الناقصة»

ربما كان دم الارنب المصري ينقل العدوى الى الانسان بعد تلقيحه بخمسة ايام ولكن هل ذلك يعني ان المرض ينتقل فعلاً الى الحيوان ؟

اننا نعرف بالمرضى في الحيوان او في الانسان تخريبات داخلية وضعف وحرارة واعراض سريرية وربما الموت فهذا شيء منه لم يكن والارنب المصري

الملقح بدم المريض لا يضعف ولا تصعد حرارته ولا تظهر عليه اعراض سريرية ولا تخريبات داخلية ولا يموت ... فكيف ينتقل اليه الداء وكيف ندعوه مريضاً اذاً ؟ ....

ان نقل الضنك من دم الحيوان للانسان بعد حقنه بخمسة ايام لا يدل على ان المرض انتقل ايضاً للحيوان — فهو بعرفي ليس مريضاً — ولكنه يدل فقط على ان الجرثومة يمكنها ان تعيش وان لم تؤثر البتة — خمسة ايام في جسم ذاك الحيوان

هذا ما عنّ لي ابداؤه في هذا الموضوع المفيد واذا لم يكن لهذا البحث من فائدة الا استفزاز الزميلين العالمين للكتابة في هذا الموضوع الجميل بما لهما من مقدرة وخبرة وحكمة وادب لكفاني جزاءً على الوقت الذي اضعته

فلهما مني — مع الاعجاب والاحترام — اطيب الشكر واجمل الثناء

***

الضنك والبعوض

للحكيمين ترابو ومرشد خاطر الاستاذين في معهد الطب بدمشق

ما كنا لنعود الى البحث في الضنك بعد المقالات العديدة التي نشرناها على صفحات هذه المجلة الزاهرة والردود الكثيرة التي وجهها الينا زملاؤنا البيروتيون الكرام — ما كنا لنعود مرة ثانية بعد ان كان لمؤتمر القاهرة الطبي فيه جولة اشترك بها الكثيرون من اساتذة اوربة العظام . قلنا ما كنا لنعود الى هذا البحث الذي قتل درساً لو لم يكن في كلام زميلنا الامير ابي اللمع

سحر يجذب العقول الى الايجاد ويدعو الاقلام الى التسجيل ولو لم يكن مثل في ذلك المؤتمر الحافل مشهد آخر غير المشهد الذي ذكره الامير مشهد نرى في ذكر خلاصته بعض الفائدة لقراء هذه المجلة الكرام ولهذا نعود الى مسك القلم بعد ان كنا عاهدناه صمتًا ونرجع الى الحوار اللذيذ بعد ان كنا عمدنا على قطعه وحرمان انفسنا لذته وفائدته ٠

......

المؤتمر : كان المؤتمر قد عين لاحدنا (ترابو) اليوم الثامن عشر من شهر كانون الاول لقراءة بحثه في شعبة الطب وكان يعلل النفس بان الزملاء البيروتيين يحضرون تلك الجلسة التي سيبحث فيها عن الضنك وحمى الايام الثلاثة كما أنه كان يتوق من الصميم الى حضور الجلسة التي سيبحث فيها الحكيم ارافانتينوس في صباح اليوم التالي عن وافدة الضنك في اليونان سنة ١٩٢٧ - ١٩٢٨ ليناقش فيهما الزملاء الكرام بحضرة من شهد تينك الجلستين من اساتذة الغرب اراءهم ٠ واذا بالمؤتمر نفسه قد بدد تلك الامال التي كان يعلل نفسه بها لانـه لسبب لا نعلمه ولعله لضيق الوقت في الثامن عشر عن استيعاب الموضوعات التي خصصت له قد نقل موعد بحث احدنا الى صباح اليوم التاسع عشر الى تلك الساعة التي كان يلقي بها زميلنا الاتيني بحثه عن وافدة الضنك ٠ وقـد كان احدنا يتلهب شوقًا الى الاجتماع بالزملاء البيروتيين في شعبة الطب حيث يلقي بحثه غير انهم قد حضروا تلك ولهم عذرهم لانهم ظنوا ان الدمشقيين سيحضرونها وان الفرصة ستسنح لهم لمناقشتهم في الاراء التي سيبدونها ولعلهم لو عرفوا ان احدنا سيتكلم عن الضنك في ذلك الصباح لكانوا فضلوا حضور الجلسة التي سيحمي

بها وطيس المناقشة من ان يذهبوا الى حضور تالك ولعلّ الاسم الذى اسمى بـه احدنا موضوعه كان سبباً للابهام فلم يفقه زملاؤنا الكرام انه سيبحث فيه عن الضنك فقد اسماه « في سبيل معرفة بعض الامراض المساة امراض البلاد الحارة والمشاهدة على ضفاف البحر المتوسط الشرقية معرفة اجلى »

ومهما يكن فاننا لنأسف اشد الأسف لاننا فتشنا عن زملائنا البيروتيين فلم يسعدنا الحظ بالاجتماع بهم في تلك الجلسة كما انهم فتشوا عنا فلم يرونا .

....

اما الجلسة فقد كانت خلافـاً لتلك معرضاً للاراء ولم تقتصر على سرد المحاضرة وطرح سوءالين والاجابة عنهما فقط بل اشترك فيها عدد غير قليل من اساتذة الغرب بالكلام وكانوا جميعهم الى جانب نظريتنا يوءيدونهـا بحججهم الا زميل واحد يوناني فاتنا اسمه كان رأيه مخالفاً لرأينا في البدء فاقتنع بعد ان وجهت اليه من الكثيرين الاجوبة السديدة . وقد اقفل البحث في تلك الجلسة بعد ان اعلن من شهدوها جميعهم انهم الى جانب نظريتنا وبعد ان تناول الكلام احدنا في خلال المناقشة مرات عديدة كما سيتبين من خلاصة اعمال الموءتمر التي لسنا نظنها بعيدة عن الظهور .

فاذا كان المؤتمر قد حكم في جلسة ثانية وفي ساعة واحدة — حكماً منافياً لحكمه الاول فاننا نعذره لان الحكم غيابي لم يحضره المدّعون .

اما الان فرداً على جوابي ارافنتينوس :

« ١ً — ان الضنك ينتقل بالبعوض

٢ً - ان الضنك واحدٌ وليس ضنكين وان عاملهما المرضي واحد وطرق

عدواها واحدة واعراضهما السريرية واحدةوانه لا يجوز ان نشتق منهما مرضين مختلفين »

نبين الامور الاتية :

هل يعتقد ارافنتينوس وتعتقدون انفسكم بان الضنك الذي ظهر في سورية واليونان هذا الضنك الذي وصفه وصفاً بديعاً الاستاذ دبرون في رسالة روجه فيدال وتيسيه مرضاً نفاطياً ام غير نفاطي ؟

انكم ولا شك تجيبون ويجيب ارافنتينوس نفسه انه نفاطي فانتم لم تنكروه ولا نحن انكرناه ولا زملاؤنا اليونانيون الذين شهدوا تلك الجائحة الكبرى في بلادهم انكروا النفاط ايضاً

واذا كان الامر كذلك فهل النفاط في عرف زميلنا الامير وفي مقررات علم الامراض العامة صفة اساسية في تمييز مرض عن الاخر ام لا ؟

ان زميلنا المناظر لا يختلف عنا في الرأي على ما نظن بانه من الصفات الاساسية المميزة .

فاذا كنا على وفاق في الامرين السابقين نقول ان ضنك البلاد الحارة لا نفاط فيه والى الامير الأدلة على قولنا .

يقول اورماي (Ormay) الذي يدرس امراض البلاد الحارة في الصين منذ زمن ليس بالقصير : « اما النفاط فلم اره مرة واحدة في الضنك وقد نبهت انظار المرضى انفسهم لهذا الامر » .

ويؤكد بروشه (Brochet) وفسال (Vassal) وروجرس (Roggers) الذين درسوا الضنك في الشرق الاقصى والهند ان النفاط الذي يبدو في المصابين

بضنك البلاد الحارة ليس سوى نفاط ناجم من غزارة العرق وليس نفاطاً خاصاً بالمرض نفسه لانه يبدو في جميع الامراض التي يعرق بها المريض عرقاً غزيراً حتى انه يبدو صيفاً في من ليسوا بمرضى ·

وقد ذكر زميلنا الدكتور لايبولد روبر (Leopold Robert) في موئتمر القاهرة الذي اشترك بالمناقشة بعد قراءة محاضرتنا انه بعد ان صرف في سيام (Siam) احدى عشرة سنة ورأى فيها ما لا يعد من حوادث الضنك لم ير ابداً النفاط

فهل من شك بعد هذه الشهادات التي اوردها اشخاص درسوا ضنك البلاد الحارة في بوءرته في ان ضنك البلاد الحارة لا نفاط فيه وان النفاط الذي يظهر ويظنه بعض الموءلفين نفاطاً خاصاً بالمرض ليس سوى نفاط ناجم من العرق كما هو الامر في ضنكنا السوري نفسه الذي يبدو فيه نفاطان يمتاز احدهما عن الاخر نفاط ناجم من العرق ونفاط آخر خاص بالمرض ·

اما الدكتور عرقتنجي فقد كان ممن ناقشوا في تلك الجلسة وقد اورد لتأييد نظريتنا نقاطاً مهمة تستحق الذكر مستمدة من طبائع الناموس مما جاء ذكره في المقالات السابقة التي نشرناها على صفحات هذه المجلة الزاهرة ولا نرى لزوماً لاعادته · وقد جاء في كلامه انه اذا ثبت ان ضنك البلاد الحارة ينتقل بالناموس فيصعب ان يكون الامر كذلك في ضنك البحر المتوسط كيف لا وهو قد تفشى في لبنان على علو ١٢٠٠ متر مع ان برومبت يقول ان الناموس لا يعيش في هذه المرتفعات · ومع ان وافدة دمشق قد تابعت سيرها في سنة ١٩٢٧ حتى كانون الاول اذ كان الناموس قد امحى اثره · وقد انهى مناقشته بقوله اننا بناءً على ما قدمناه نوءيد الرأي القائل بان ضنك البلاد الحارة ينتقل

بالبعوض كما اثبتت الاختبارات وان ضنك البحر المتوسط لا ينتقل به ٠

هذا ما نقوله عن الموءتمر ولنعد الآن الى مناقشة الزميل الفاضل بما اورده في مقالته الخاصة : قلنا ولا نزال نقول ان ضنك البلاد الحارة ينتقل بالبعوض وان ضنكنا ينتقل من الانسان الى الانسان ولسنا نظن ان حضرة الزميل في حاجة الى معرفة رأينا بعد ان ملأنا صفحات هذه المجلة في تأييده اما ما اخذه علينا وذكره عنا في مقالته السابقة ورده في مقالته هذه عن ان ضنك الاقاليم الحارة وضنك البحر المتوسط ينتقلان رأساً من الانسان الى الانسان (الصفحة ٤٢٩) فهو ولاشك غلط مطبعي لاننا لا نقول به البتة وقد فتشنا عن مسوداتنا التي كتبناها لنتحقق ما اذا كان قد وقع هذا السهو منا في اثناء تدبيج مقالتنا ام ان المطبعة اسقطت احد سطورنا فلم تجدها ومهما يكن فنظريتنا اشهر من ان تحتاج الى ايضاح على ما نرى وقولنا بانتقال ضنك الاقاليم الحارة بالبعوض واستثناوءنا ضنكنا منه ليس فيه شيء من المغالطة ٠

اما قول الزميل الفاضل عن ضنك الاقاليم الحارة انه لا يظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض (كما نتوهم) بل انه كضنك البحر المتوسط يظهر وافدات وايراده لتواريخ وافدات الضنك في تلك البلاد حسبما ذكرتها الموءلفات الطبية ، ففيه بعض الوهم ٠ ويكفينا لاثبات ما نقول ان نسأل حضرة الزميل اضاعة بعض وقته الثمين وقراءة الابحاث الواردة في رسالة غرل وكلارك (Grall et Clarac) عن الضنك وحميات الاقاليم ليتحقق اننا لسنا على وهم في ما نقول ٠

ومع هذا فلا يجوز لنا ان نرسل الكلام على عواهنه بل يجدر بنا ان ندقق في معانيه فان المرض البلدي (endémie) يظهر احياناً بمظهر الاوبئة دون ان

يغير مظهره هذا الجديد شيئاً من طبيعته وطرز تفشيه وطريقة انتقاله أفلم نرَ ان البرداء تظهر في بلادنا احياناً بمظهر الوباء الشديد متى لائمتها الشروط وهل متى ظهرت بهذا المظهر كانت غير البرداء التي نعرفها ؟ لا لعمري فهي هي في كلتا الحالتين غير اننا اذا تكلمنا عن البرداء ذكرنا عنها ذلك الشكل الوبائي الذي اتخذته لانه ليس بالشكل المعتاد واهملنا الحادثات القليلة التي تظهر كل سنة حين فقس البعوض وهذا ما يحدث في ضنك البلاد الحارة الذي يأخذ حينا بعد حين شكلا وبائيا فيذكر المؤلفون عنه تلك الوافدات غير انه يظهر في صيف كل سنة كما يستدل من ابحاث من مارسوا في تلك البلاد الموبوءة به ٠

اما ما يذكره لنا حضرة الامير عن الربيض (التيفوس) وتنويهه بحادثة منه قد ظهرت في مستشفى الجامعة الاميركية منذ زمن قليل اثبتت تشخيصها الاعراض السريرية والتحريات الجرثومية فليس بالامر الغريب الذي نجهله لاننا نحن ايضا قد رأينا حادثات ربيض مفردة في غير اوقات الحروب وخارج السجون ولكن هذا لا يعني ان الربيض قد اخذ شكلا وبائيا في غير هذه الازمنة والامكنة والا لكان من الواجب ان ينتشر الوباء في عاصمة الجمهورية اللبنانية بعد تلك الحادثة كما كان الامر في الحرب العامة حينما كانت تبدو حادثة حمى من هذا النوع في حيٍّ من الاحياء او بلدة من البلدان ٠

نعود اخيراً الى الاختبارات التي اجراها مستوصف باستور في اثينا واثبت بها ان الضنك ينتقل من الانسان الى الحيوان لان دم ذلك الحيوان ولو لم تظهر فيه اعراض الضنك ينقل المرض الى الانسان متى حقن به فيكون اذن قد اصيب بضنك خفي كما يحدث في الانسان نفسه احياناً

يقول زميلنا الفاضل في تعليل هذه الاختبارات ان انتقال الضنك بدم الحيوان الملقح لا يدل على ان المرض قد انتقل للحيوان « فهو بعرفه ليس مريضا ولكنه يدل فقط ان الجرثومة يمكنها ان تعيش وان لم تؤثر البتة خمسة ايام في جسم ذلك الحيوان »

وهذا تعليل لا نقبله ولا نجاري به حضرة الزميل البتة وقد كنا نسلم به لو كان الجرثوم الناقل في غير الدم على طرز ما يحدث في الخناق (الدفتيريا) والهيضة الاسيوية (الكولرا) اذ يكون الجرثوم في الاقسام العليا من جهاز التنفس وفي الغائط و يكون الاشخاص حملة جراثيم (بورتور) لا مرضى اما ان يكون الجرثوم في الدم اي ان يكون تعفن دموي ولا يعد حامل ذلك الجرثوم مريضاً فهذا مما لا نستطيع التسليم به ولا يرضى به المختبرون ولا الطب نفسه ٠

هذا ما نقوله جواباً على مناظرنا الفاضل الذي شاء ألاَّ يحرمنا نفثات قلمه الساحر ودرر علمه الغزير ولعل المستقبل القريب يضع بين ايدينا حجة اقوى نؤيد بها رأينا او انه يضع بين يديه برهاناً دامغاً يقنعنا به ٠ فنعود الى الوئام العلمي كما نحن على اتفاق في طلب الحقيقة والجري وراءها ٠

واذا صحّ ما رأت اعيننا منذ بضعة ايام في المستشفى العسكري بدمشق واذا ثبت ان تلك الحادثة التي رأيناها هي من نوع الضنك لانها نموذج ناطق له باعراضها السريرية وسيرها مع ان الثلوج تنهمر والارياح الباردة تعصف كان لنا ان نفتش عن تلك الناموسة التي نقلت الى ذلك المريض المسكين تلك الجرثومة في مثل هذا الفصل البارد الذي سدَّ طريق بيروت في وجوهنا ووجوه الناموس فلم يعد انتقاله الينا ممكناً او كان لنا ان نعلل الامر تعليلاً آخر - والمستقبل كشاف الخفايا ٠

التهاب الزائدة الحاد

للحكيم الاستاذ لوسركل استاذ السريريات الجراحية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

رأيت بعد عودتي من العطلة مريضاً كان قد اصيب باعراض نوبة الزائدة جميعها فاشرت عليه بقطع زائدته دفعاً لنوبة حادة قد تطرأ عليه في المستقبل دون ان يعرف ما يكون مصيرها · غير ان الرجل الذي كان ألمه قد زال رفض العملية وانني اتمنى له اذا عاد يوما ألاَّ تكون الفرصة قد فاتت لتخليصه من مخالب الموت ·

يخيل ان التهاب الزائدة مرض نادر الوقوع في البلاد السورية ، لان الرس (race) عامل مهم في اسباب هذا الداء والرس السوري معفى منه كما يظهر · غير ان التهاب الزائدة ان لم يكن في سورية كثير الوقوع كما في فرنسة الضباء مرض لا يندر وقوعه فيها كما نظن لان كثيراً من التهابات الزائدة تستر بستار التهاب الاعور او الكولون او الامعاء وتعالج معالجة دوائية ولا سيما في الاطفال الذين يكون التهاب زوائدهم دائمًا خطراً ويظهر بمظاهر متنوعة فان كثيراً من الضحايا المنسوبة الى التهاب الخلب او تعفن الدم او احد التسممات وغير ذلك ليس سببها سوى التهاب زائدة مجهول ·

ولا يشخص المرض ان لم يفكر فيه والافتكار فيه يستدعي بقاءه في الذاكرة ولا يشخص المرض ان لم تعرف اشكاله ولعل التهاب الزائدة يعود يوما من الامراض الشائعة في سورية متبعاً الزي الحاضر فعلينا اذن ان نعرف انواعه وندرك المرحلة التي وصلت اليها معالجته ·

يقول ديولافوا الذي اتجهت ابحاثه الى ايضاح التهاب الزائدة «ليس لالتهاب الزائدة معالجة دوائية بل معالجته الوحيدة الناجعة هي اليوم المعالجة الجراحية».

يجب ان تعالج الزوائد الملتهبة التهاباً خفيفا منذ بدئها لاننا نجهل الطريق الذي ستتبعه في سيرها ·

يجب ان تعالج معالجة جراحية التهابات الزائدة الخطرة لان العملية الجراحية خير واسطة لشفائها

يجب ان تعالج التهابات الزائدة التي شفيت فوراً لان التهاب الزائدة مرض ناكس ولان النوب المقبلة قد تكون خطرة ·

ولست ارى لزوما للاسهاب في ذكر العلامات الوصفية التي يتصف بها الشكل البسيط في الغالب: كالألم الفوري في الحفرة الحرقفية والحمى والقيء والاسهال والقبض والالم المحدث بالجس في نقطة ماكبورنه فهذا كله يعد نموذجاً لما كان يسمى قولنج الزائدة ·

وقد تزداد هذه الاعراض شدة ٣٦ — ٤٨ ساعة ثم تبقى ثابتة بلا زيادة او نقصان وتنتهي اخيراً فجأة او تتناقص تناقصا تدريجياً ·

وربما عادت الامور الى مجراها الطبيعي او بدا اخيراً مجمع قيحي استدعى الشق ·

وعدا هذا الشكل السليم نرى انواعاً اخرى من التهابات الزائدة الحادة تظهر منذ بدئها او بعد ظهورها بقليل بمظهر خطر راعب وهذه الاشكال لا بد من معرفتها لمكافحتها ·

فهي تصادف في الاولاد بالخاصة حتى ان عمليات الزائدة تعادل في شعب جراحة الاطفال في باريس ربع العمليات كافة وهي بعبع جراحي الاطفال لان سيرها حاد جداً وتشخيصها مستصعب وضحاياها اكثر من ان تعد ·

وليس مشهد التهاب الزائدة في الاطفال مماثلا لمشهده في الكهل لان العوارض فيهم تسير سيراً خطراً وسريعاً وينسب هذا الخطر الى بيئة الولد التي تهب الالتهاب شكلا سريرياً مختلفاً ما زالت اسباب العفونة في كلتا الحالتين واحدة فليس للولد المتانة التي للكهل ولهذا يكون التهاب الزائدة فيه مسماً وهذا الشكل نادر في الكهول ·

يوءتى بالطفل الى الطبيب وهو شاحب ووجهه مزرق ازرقاقاً خفيفاً وانفه مشدود وعيناه غائرتان لامعتان ويداه مزرقتان ويفيد اهله ان مرضه ابتدأ بالقيء · وكثيراً ما تكون حرارته مرتفعة غير ان نبضه يكون مسرعاً صغيراً وتنفسه مشوش النظم · ويكون بطنه ليناً لا تقلص فيه ولا الم · وجس حفرته الحرقفية اليمنى لا ينبهه من ذهوله فيجب اذا اردنا ان نعلم ما اذا كان الطفل يتألم ان نراقب عينيه (حدقتيه واجفانه) وقدميه (انقباض رجليه) وكثيراً ما تكون الابالة (anurie) تامة والاقياء وهي العرض الاساسي تبقى ملازمة وتتباعد دون ان تأخذ صفة خلبية · واذا ما نظر اليه كان مشهده السريري مماثلاً لمشهد التسمم اكثر من مماثلته لمشهد خلبي لان البطن لا يكاد يكون موءلماً ·

فاذا ما اعتمد الجراح على المضض الذي تحققه في الطفل حين جس نقطة مالك بورنه وفتح البطن رأى بعد شقه سائلاً عكراً كأنه المرق الوسخ نتن الرائحة قد تدفق من الجرح ·

وليس في هذا السائل اثر للصديد غير ان الزائدة نفسها قد تكون عائمة على سطح ذلك السائل وقد احمر لونها الى الخضرة وتغنغرت · والموت لا مهرب منه بعد ٤٨ ساعة مهما كانت الاجراآت ·

هذا مشهد من مشاهد التهابات الزائدة الحادة في الطفل ·

وكثيراً ما يؤتى بالطفل وهو مصاب باعراض التهاب الخلب المنتشر فنتحقق ان عضلتيه المستقيمتين متقلصتان وان بطنه خشبي وهذا العرض ثابت في جميع الحالات ·

وهذه الاشكال خطرة للغاية وهي خاصة بالطفل لانه اقل متانة ولان زائدته اسهل انثقاباً من زائدة الكهل ·

واننا ولو رأينا البنية قد ظهرت بمظهر الدفاع في البدء لا نلبث ان نتحقق انها قد اسلمت سلاحها وان الافة التي ظنناها سليمة قد اخذت شكلاً خطراً للغاية فسرعان ما يتبدل المشهد السريري ويسرع النبض ويعود التوسط الجراحي السريع ضرورياً املاً بتخليص المريض الصغير ·

هذا ما يصادفه الطبيب عادة بعد ان يرى التهاب زائدة في طفل فيعتمد على معالجته معالجة دوائية بالحمية المطلقة والثلج على البطن ثم يرى بعد هذه المعالجة ان الاقياء زالت والتطبل خف والحرارة سقطت والألم اضمحل فيفرح الاهل والطبيب غير انه لا يأتي اليوم الرابع او الخامس حتى يتبدل المشهد فيسرع النبض ويصغر ويصل حتى ١٤٠ فيسرع الجراح الى التوسط الجراحي واذا به ازاء التهاب الخلب المنتشر المتقيح · وكما ان الولد يتأثر من السموم فهو يتأثر ايضاً من المعالجة التي سترت الاعراض ولم تمنع التهاب الخلب عن الانتشار

ومنهم من لا يكتفي بالثلج بل يضيف الى المعالجة مستحضرات الافيون تسكيناً للألم وهناك الطامة الكبرى · لان الافيون ستار تختفي وراءه الاعراض الخطرة التي تسير سيرها وتدعو الى التوسط الجراحي السريع بعد بضعة ايام حينما تكون الفرصة قد فاتت فاذا كان لا بد من استعمال الثلج فليستعمل بعد قطع الزائدة لا قبلها ·

وربما قال البعض : أيعرف منذ البدء ما اذا كانت الزائدة الملتهبة تسير سيراً حسناً او خطراً لتقرر معالجتها :

يستند امبردان الى العلامة الشاذة و يقول كلما ظهرت علامة شاذة لا توافق العلامات الاخرى كان التهاب الزائدة خطراً وكان التوسط الجراحي واجباً · وهذه العلامة الشاذة اما ان تكون :

الألم الشديد في البدء

او انتشاره السريع الى البطن كافة

او تقلص المستقيمتين (البطن الخشبي)

او مباينة النبض للحرارة (النبض ١٣٠ — ١٤٠)

او ان الحرارة تكون ٣٩ في اليوم الثاني لبدء الالتهاب

او ان سحنة المريض تكون دالة على الخطر ·

يلتبس الامر في الساعات الاولى بذات الرئة (الناخس) او بالسل الدخني (الام بطن منتشرة) او بحمى تيفية قد اعادت الاعور شديد المضض منذ بدئها (فحص الدم) او بتشوش معوي بسيط ·

ومهما يكن فحذار من اعطاء المساهل لانه اذا امتنع عن هذا الامر الكبير

الضرر كان قطع الزائدة في الساعات ٢٤ او ٣٦ الاولى كبير الفائدة ·والتوسط الجراحي واجب متى بدت علامة شاذة في اليوم الثاني او الثالث او الرابع لان مبدأ الانتظار المسلح مبدأ شديد الضرر لا تجنى منه في الغالب غير الاخطار الجسيمة · ومتى شك في الامر كان التوسط واجباً لان الامل بنجاة الطفل يقطع متى بدا التهاب الخلب المنتشر في اليوم الرابع ·

في الكهل يختلف ايضاً التهاب الزائدة من الألم السريع الزوال حتى العفونة المسممة التي تقضي على حياة المريض بعد ٣٦ ساعة غير ان الاشكال المسممة في الكهل نادرة وسير الالتهاب هو في الغالب ابطأ ·

ويلتبس التهاب الزائدة متى كانت اعراضه مشوشة بالتهاب الملحقات مع التهاب الخلب الحوضي وبنوب التهاب المرارة مع انثقاب او بدون انثقاب وبانثقاب قرحة المعدة او الاثني عشري وبانغلاف معوي اعوري وبانفتال الاعور والخطأ في هذه الحالات مفيد للمريض لانها جميعها تستدعي التوسط الجراحي ·

ويتساءل البعض حتى الان عن الزمن الذي يجب اجراء العملية الجراحية فيه جواباً اقول انني حينما كنت في بيئة تكثر فيها التهابات الزائدة كنت اجري العملية دائماً وسريعاً بدون اقل تردد الا في بعض حالات شاذة سأعود اليها وفي كل مرة كنت استنكف بها عن التوسط الجراحي كنت اندم لفوات الفرصة ·

وهذه الخطة التي اسير عليها هي خطة كبار الاساتذة في باريس فان بطرس دوفال يسن في سريرياته القواعد الآتية :

١ً — يجب ان تعالج معالجة جراحية كل نوبة زائدة في الساعة لا بل في الدقيقة التي تعاين فيها · ولا يشذ عن هذه القاعدة غير القليل ·

٢ً — يجب قطع الزائدة دائماً ·

٣ً — يخفض احياناً ·

٤ً — يكمل التداوي بالاستمصال (sérothérapie)

اما في الممارسة فالتهابات الزائدة التي نراها على ثلاثة انواع :

١ً — اما ان يوءتى بالمريض في اليوم الاول او اليومين الاولين لبدء نوبته

٢ً — او ان يوءتى به في اليوم الثالث او الرابع ·

٣ً — او ان يوءتى بــه في اليوم العاشر او الثــاني عشر مصاباً باعراض شديدة الخطر ·

ففي الحالة الاولى اجراء العملية واجب ولا جدال فيه والرأي الطبي مجمع عليه ومعدل الوفيات بعد هذه العمليات بين نصف وواحد في المائة ولا يختلف عما هو عليه بعد العمليات التي تجرى على زائدة برد التهابها ·

وفي الحالة الثانية لم يجمع الرأي الجراحي على اجراء العملية فبعض الجراحين يفضل الانتظار مدعين انه اقل خطراً من التوسط والبعض الاخر يفضل التوسط وانا منهم وجراحو مستشفى فوجيرار هم من هذا الرأي لان العملية في هذا الزمن لا تزال سهلة وما ذلك الا لان عوامل التكيس والالتصاق لا تكون قد تكونت بعد ولان تحرير الزائدة مستطاع دون تخريب كبير وهذا ما يدعو الى الامل بتخليص المريض ودرء العراقيل عنه ·

وقطع الزائدة امر واجب لان المسبب يزول بزوالهــا ولا سيما في الاطفال

فاذا لم تقطع الزائدة في سياق العملية الجراحية في اليوم الثاني او الثالث لطروء التهاب الخلب الزائدي المنشإ كان موت الولد محققاً ·

وفي الحالة الثالثة يكون المرضى في يومهم العاشر أو الثاني عشر وقد اصبح التهاب الخلب فيهم جليا · يجب ايضا التوسط الجراحي لانه الواسطة الوحيدة للنجاة اذا كان ثمت امل بها ·

وتشذ عن القاعدة السابقة حالة واحدة وهي تقع غالبـاً في اليوم الخامس يجس البطن في هذا الزمن فيشعر بقرص صلب في الحفرة الحرقفية، تجس ناحية القطن ويجري المس الشرجي والتحريات الاخرى فيستدل منها على تعجن في الناحيـة وعلى التهاب خلبي لاصق لانـه لوكان التفاعل تفـاعلاً دفاعياً فقط لكان البطن يتقلص دون حدوث التعجن ولما كانت الحمى تتموج هذه التموجات الكبيرة · فالانتظار في هذه الحـالة الى اليوم العشرين او الخامس والعشرين افضل والعملية الجراحية كبيرة الضرر تفضي غالبـا الى الموت لان الامعاء تكون ملتصقا بعضها ببعض وكلما حاول الجراح فكها نزفت ولان الاعور يكون صلبا كالمقوى فاذا حاول الجراح تحرير الزائدة منه ينثقب ويفضي الامر الى الموت ·

ان وضع الثلج في هذه الحالة والانتظار خير ما يصنع

ولكن اذا شعر بالمس الشرجي ان ذلك المجمع قـد تلين وانه متجه الى التقيح واذا كان جدار البطن شبيها بالمقوى المبلل كان التوسط الجراحي واجبا لان الخراجة تكون قد تكونت ولان افراغ الصديـد ضروري · فاذا كان التوصل الى الزائدة مستطاعا في سياق العملية قطعت لانها السبب واذا لم يكن

مستطاعا لان الامعاء المتلاصقة تدفنها تركت وشأنها موقتا على امل العودة الى قطعها بعد حين ·

ولكن هل التحفيض واجب ؟ ليس التحفيض ضروريا متى اجريت العملية في الساعات الاولى بعد نوبة عادية ·

ولا يحفض ايضاً من يتبعون خطةأمبردان متى كانت الزائدة منثقبة والتهاب الخلب واضحاً وفي البطن سائل كالمرق الوسخ وعلى الخلب والثروب آفات منتشرة وذلك في اليوم الثاني او الثالث او الرابع الا متى كانت خراجة صلبة الجدر لا تندفع العرى نحوها لتملأها ·

غير ان الاغلاق يستدعي: ١ً — ان تكون الزائدة قد قطعت ٢ً — الخلب قد نظف ٣ً — الخراجات في الحفرة الحرقفية اليمنى ودوغلاس قد فتش عنها فاذا توفرت هذه الشروط جاز اغلاق البطن وقد توصل امبردان به وبدون التحفيض ان ينقص الوفيات من ٢٥ – ٧ بالمائـة وانني متبع هذه الخطة منـذ زمن طويل غير ان البعض يعترض قائلا ان خلب الطفل لا يشابـه الكهل ويفضل التحفيض · وفي مستشفى فوجيرار متى حفض الجراح يضع ثلاثـة احافيض (بعد قطع الزائدة) واحد في دوغلاس والثاني في بوءرة الالتهاب والثالث على الكولون خلف الاعور ·

ويستنشق في هذه الاحافيض صباحا ومساء ·

ومن النقد الذي وجه الى اغلاق البطن قولهم ان الخراجات التالية تتكون في جدار البطن غير ان تحاشيها ممكن ومعالجتها مستطاعة متى تكونت · والمصل المضاد للجراثيم اللاهوائية جزيل الفائدة في هذا الصدد ·

اما مرضى الفئة الثالثة فلا تتبدل حالتهم خفضت جروحهم ام لم تخفض و يشار الان بوضع ميكوليز صغير .

و يستفاد في الاشكال المتغنغرة من استعمال المصل المضاد للغنغرينا فاما ان يستعمل مصل فانسن المضاد للغنغرينا المتعدد القوى او ان يستعمل مزيج من المصول الاربعة المحضرة في مستوصف باستور حسب النسبة التالية :

مصل مضاد للضمات العفنة	٢٠ سم^3
مصل مضاد للبرفرنجنس	١٠ سم^3
مصل مضاد للعصيات الوذمية	١٠ سم^3
مصل مضاد للمكورات العقدية	١٠ سم^3

تصنع الحقنة والمريض مخدر على منضدة العملية ويستعمل المصل ايضـا في التضميد الموضعي واذا كانت احافيض يسكب منه كل يوم فيهـا وتنزع الاحافيض في اليوم الثالث و يثابر على استعمال المصل موضعيا .

ومتى كانت شفتا الجرح حسنتي المنظر جازت الخياطة الثانوية بعـد نزع البراعم استناداً الى الاختبارات التي اجريت في اثناء الحرب العامـة ورممت السطوح العضلية والصفاقية واذا ما استعملت هذه الطريقة شفي المرضى الذين لم تغلق بطونهم بعد ٢٥ يوما .

يستنتج مما تقدم ان التهاب الزائدة مرض خطر ولا سيما في الاطفال وان التوسط الجراحي واجب في جميع الحالات وان الواجب يقضي على الطبيب اذا ما رأى ان حالة مريضه تستطاع معالجتها بالطرق الدوائية ان يسرع الى استدعاء الجراح متى بدت العلامة الاولى الدالة على الخطر وهذه العلامة هي منذ اليوم الخامس الى الثامن الدرع (plastron) نعني به منطقة التعجن التي تبدو في الناحية

معالجة سرطان المستقيم

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية .

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

اول امر يوجه اليه الاهتمام في هذا الداء هو التشخيص . وانه ليؤسفني ان اصرح بان المرضى الذين يأتون الينا مستشفين يصلون في الدور الاخير من دائهم في زمن لا يعود التوسط الجراحي به مستطاعاً بل يكون قد حكم عليهم بالموت المحقق

ولست اعلم الى من يجب توجيه اللوم أألى المريض الذي كشفت له الحقيقة فلم يرغب في التوسط الجراحي لان الاعراض التي يشكوها لم تكن لتزعجه شديداً أم الى الطبيب الذي عالجه ولم ينتبه لمرضه فلهاه بوسائط لا طائل تحتها ومرضه يتبع سيره دون ان يقف

ما من يجهل ان للسرطان ثلاثة ادوار : البدء والصولة والنهاية وان النجاح في التوسط الجراحي ينتظر متى كان السرطان في دوره الاول وان الجراحة تخيب متى بلغ المريض دوره الثالث .

فعلى الطبيب اذن متى جاءه مريض مهما كانت سنه يشكو نزفاً من المستقيم او تشوشات في التغوط الا يكتفي بمداواة الاعراض واصفاً علاجاً مضاداً للبواسير بل عليه ايضاً ان يجري المس الشرجي لان المس امر سيضطر الطبيب الى اجرائه متى رأى ان الاعراض تشتد وان العلاجات التي وصفها لم تثمر . فما يمنعه عن ان يبدأ به قبل اشتداد تلك الاعراض . ومتى لم يبدء المس

الشرجي شيئًا وكان المريض ينزف ويفرز سيلاناً نتناً ويشكو اعراض التهاب معوي لا يستطاع تعليلها وحاجة شديدة الى التغوط بدون طائل وكان يهزل هزالاً تدريجياً وجب على الطبيب ان يفتش في العالي عن السبب باجراء المس المشترك وتنظر المستقيم (rectoscopie) وقطع قطعة من الورم يبعث بها الى التشريح المرضي اذا وجب الامر واذا لم تجدِ هذه الوسائط كان عليه ان يجري حقنة شرجية باريتية ويعاين معاينة اشعاعية ٠

فالحذر من ان تحمل الناميات او قروح سرطان الشرج محمل البواسير الخارجية وتشخيصها سهل للغاية ٠

والبواسير الباطنة لا تزعج التغوط الا قليلا وتحدث ثقلا وبعض الألم حين مرور المواد الغائطة واذا احدثت نزفا غزيراً نجمت منه فاقة الدم فهي فاقة دم بسيطة وليست دنفا يصفر به لون المريض كالتبن كما يحدث في السرطان المترقي ٠

فمتى كان السرطان وطياً وجس المستقيم كانت العلامة الاولى البارزة فقدان المرونة من جدر المستقيم والشعور بجسم مبرعم او بصفيحة صلبة ومتى قدم العهد على السرطان صعب البلوغ الى لمعة المستقيم الذي قد سدته البراعم السرطانية ٠

واما التهاب المستقيم المضيق (rectite sténosante) فتختلف علاماته الطبيعية فالاصبع تدخل كما في قمع قاعدته الى الاسفل وكلما علت ازداد الضيق دون ان يكون بروز او عجر تتفتت وتنزف كما في السرطان ٠

ومتى شخص السرطان كانت المعالجة الوحيدة المعالجة الجراحية : وهي

تقوم بالاستئصال الواسع والحذر من التوسيع او التجريف لانه الواسطة الا كيدة لابلاغ الخلايا السرطانية الى الدوران ولنشر الداء وايصاله الى الكبد ·

واذا سأل المريض عما اذا كان مرضه خطراً كان على الطبيب انْ يجيب انه خطر وان يشير عليه بفتح شرج مضاد للطبيعة ولو كان في ذلك ما يخيفه او يبعده عنه لان واجب الطبيب يقوم بان يبين لمريضه بجلاء الخطر المحدق به والعراقيل الشديدة التي تطرأ عليه اذا لم يذعن لما يقوله له : كالنزف والالام المبرحة متى ترقى السرطان او انسداد الامعاء او التهاب الخلب الحاد متى انبثق الورم في جوف الخلب والموت الذي لا مفرّ منه خلال ١٨ شهراً بدنفٍ متزايد · واستئصال سرطان المستقيم عملية خطرة تستدعي معرفة دقيقة للفن الجراحي وخبرة واسعة · وصعوبة هذه العملية تدعونا الى انتخاب الطريقة الجراحية التي تضمن الشفاء المستمر اي عدم النكس ·

لا يجوز الاستئصال الا متى كان السرطان لم يبلغ من الانتشار مبلغا يمنع الجراح عن استئصاله برمته اي متى لم ينتشر الى المثانة والوجه الامامي للعجز ·

ومتى كان استئصال السرطان ممكنا نختار الطريقة، حسب مقر السرطان فاما ان يلجأ الى الطريق العجاني او العجزي او البطني العجاني وهي طرق تصفها موءلفات الفن الجراحي ولا حاجة الى ذكرها ·

اما الطريق العجاني فهو من عهد الجراحة الوسخة اذ كان يستأصل المستقيم تحت الخلب دون ان يفتح جيبه وكان يفاغر طرفه العلوي في الوراء · غير ان هذه الطريقة قد اصلحت الآن بعد ان زال الخوف من فتح الخلب بخفض المستقيم الى العجان ·

والطريق العجزي الذي كانت الغاية من وضعه قطع مجل المستقيم واحداث شرج عجزي قد اهمل كل الاهمال في فرنسة لان هذا الشرج من اقبح الامور

واما الطريق البطني العجاني الذي أُحدث لتحريك المستقيم والسين الحرقفي وقطعهما او خفضهما فخير الطرق للتفتيش عن العقد البلغمية المصابة لان استئصالها من الامور الاساسية في معالجة السرطان ·

أين تنصب هذه المجاري واين هو مقر هذه العقد ؟ متى كان السرطان في الشرج ، وهو نادر ، انتبجت عقد الاربية فوجب استئصالها بعد قطع الورم ومتى كان السرطان في المجل وهو كثير الحدوث انتبجت العقد الخثلية ومتى كان السرطان عاليا انتبجت العقد الواقعة عند تشعب الباسوري العلوي والماساريقي السفلي · وموقع هذه العقد الباسورية عند الشامخة(promontoire) وقد عرف اليوم ان جميع سرطانات المستقيم مهما كان مقرها قد تنتشر الى هذه العقد بالمجاري البلغمية وراء المستقيم · وبما ان هذا الانتشار ممكن الحدوث يجب ان يكون الطريق المتبع في استئصال سرطان المستقيم الطريق البطني العجاني المشترك وهو الطريق الذي يفضله الشبان من الجراحين مهما كان موقع السرطان للكشف على هذه العقد واستئصالها اذا كانت منتبجة ·

غير ان النتائج العملية تفوق النظريات وقد اثبت الاختبار ان نتائج الطريق العجاني حسنة ولا سيما متى كان واسعا ·

فالسرطانات الوطية الشرجية المستقيمية الواقعة فوق المصرّة (sphincter) خليقة اذن بالطريق العجاني والسرطانات المستقيمية السينية جديرة بالطريق البطني العجاني

اما السرطانات الوسطى اي سرطانات المجل فمختلف فيها . ويترك حق انتخاب الطريقة فيها للجراح هذا اذا لم نعبأ بالنتائج المقصودة ومعدل الوفيات في الطرق المختلفة .

فاذا كانت النتائج البعيدة للطريق البطني العجاني حسنة (١٨ نكسا بالمائة) فمعدل الوفيات الجراحية ٣٥ — ٤٠ بالمائة مهما كان الجراح ماهراً .

اما الطريق العجاني الذي تقل الوفيات الجراحية فيه كثيراً حتى انها لا تعادل ٨ — ١٠ بالمائة فالنكس شديد فيه يبلغ ٦٨ بالمائة لان الصعوبة كل الصعوبة في استئصال العقد المنتبجة المصابة عند تشعب الباسوري

فالطريق العجاني جائز في السرطانات المحدودة المتحركة دون ذات محيط المستقيم الالتهابية ودون انتباج العقد المتسع . ولا سيما متى كان المريض سمينا او منفضجا وحالته العامة سيئة .

ويلجأ في ما عدا ذلك الى الطريق البطني العجاني الذي يمكن الجراح من اخراج الشحم من الحفرة الوركية المستقيمية لانه يكون مرتشحاً بالخلايا السرطانية وسببا في النكس اذا لم يستخرج جيداً ومن استئصال مجاري المستقيم البلغمية المتصلة بمجاري الموثة في الرجل والمهبل في المرأة فيجب اذن استئصال القطعة الخلفية من الموثة والوجه الخلفي للمهبل .

ولكن ايفضل البتر على القطع (resection) او هذا على ذاك ؟ القطع اشد خطراً من البتر لان القطع معناه ابقاء المصرّة وفي هذا ما فيه من عرقلة العملية الجراحية وازعاج الجراح في استئصال المجاري والعقد البلغمية . وعدا ذلك فان الغرز تتفكك والمجاري البلغمية العجزية المستقيمية تتعفن فتتكون

فلغمونات مسببة من الجراثيم اللاهوائية وتقضي على المريض ٠

ويستحسن مهما كان الامر الاستمصال (serotherapie) قبل العملية الجراحية وبعدها فيحقن بـ

١٠ سم^٣	من المصل المضاد للضميات العفنة
٢٠ سم^٣	من المصل المضاد للبرافرنجنس
٢٠ سم^٣	من المصل المضاد للعصيات الوذمية

وعدا ذلك فان قيام تلك المصرة بوظيفتها امرٌ مشكوك فيه بعد ان تكون اعصابها قد قطعت ٠

بقي علينا خفض الطرف العلوي من الامعاء الى العجان متى اجريت العملية بالطريق البطني العجاني ان في هذا الامر خطراً كبيراً ٠ ولا تهلع قلوب المرضى من خطر العملية وحده بل يدفعهم الى الامتناع عنها خوفهم من فتح شرج لهم في البطن فاذا رفضوا احداث هذا الشرج كان لا بد من خفض طرف المعى والاستهداف للخطر الذي تكلمنا عنه ٠ لان جر المعى يستدعي شدّ رباطه وشد الرباط يفضي الى بعض الفاقة الدموية الموضعية في هذا الجزء من الكولون فينجم في الغالب ان هذه العروة المخفوضة تتغنغر وتتكون حولها فلغمونات تالية ٠ وتثبيتها بجلد العجان يستدعي ايضا تضيق الثغرة العجانية مع ان هذه الناحية يجب ان تظل فوهتها متسعة ليسهل تخفيضها والا نشأت عراقيل مخيفة ٠

نستنتج من هذا الدرس المختصر الذي اتينا به على ذكر عوامل الخطر في استئصال سرطان المستقيم انه لا بد من ترك كثير من الطرق التي وصفها المؤلفون والاكتفاء بعمليتين فقط ينتظر منهما احسن النتائج وهما :

١ً — الاستئصال العجاني مع شرج عجاني دون الابقاء على المصرّة في السرطانات الوطية

٢ً — الاستئصال البطني العجاني مع وصل الكولون بجدار البطن وشرج حرقفي ثابت في السرطانات الاخرى وللطريق البطني الصرف نجاح باهر على رأي هارتمن مستنبط هذا الطريق في السرطانات الوسطى والعليا اذا كانت التجارب قد اثبتت مدعاه وتقوم عمليته ١ً — بقطع القسم المستقيمي السيني بطريق البطن فوق الورم وتحته ٢ً — بتثبيت الطرف العلوي بجدار البطن (شرج ثابت) ٣ً — باغلاق الطرف السفلي الذي لم تصب اوعيته البلغمية ، وتغطية الاقسام المعراة بالخلب

واستئصال الاوعية البلغمية بهذا الطريق حسن للغاية لانه قد ثبت ان الانتشار يتجه بهذه الاوعية الى العالي ولا يتجه ابداً الى الاسفل

ولكن لنعد الى طرف الكولون العلوي · قلنا ان خفضه حتى العجان يعيد العملية خطرة جداً وقلنا ان المريض يأبى الشرج البطني ولهذا جدّ الجراحون في اتقان هذا الشرج ليقوى المريض على تحمله فالقوابض التي تمنع الاسهال والنظام الغذائي يخففان بعض محاذير هذا الشرج ومتى اتقن صنع الشرج البطني ودرب احتمله المريض بسهولة ·

يجرى هذا الشرج بطرق عديدة · ابسطها اخراج الكولون السيني من خلال فوهة قد فتحت في الحفرة الحرقفية اليسرى بتفريق العضلات ·

وشق الرباط في نقطة لا اوعية فيها واحداث جسر صفاقي جلدي عوضا عن ادخال رفادة او قضيب زجاج ·

ثم قطع العروة في اليوم السادس ويجوز بزل هذه العروة في اليوم الثاني او الثالث لخروج الغاز فطرفا الكولون ينقبضان انقباضاً تدريجياً ولا يلبثان ان يفترق احدهما عن الاخر بالجسر الجلدي الصفاقي ·

وهذا ما يعيد الشرج قريباً من الشرج الطبيعي بضبط المواد الغائطة متى اتبع المريض نظاماً غذائياً موافقاً ·

ويستخدم الطرف السفلي الذي لا تعود المواد الغائطة تمر به في غسل القطعة المريضة ويزول في الزمن الثاني متى قطع القسم السفلي · ويجوز ان يجهز الطرف العلوي بجهاز يضبط الغائط ·

هذه هي الطريقة الوصفية مع المهماز التي يحسن استعمالها في المنفضجين والمدنفين ·

اما في الهزلى الذين لا يزالون اقوياء ولا يخشى فيهم من تعفن السطح المتسع المقتلع فيجوز الالتجاء الى عمليات التصنيع واحداث شرج ضابط حسب طرق لامبره او كونايو ·

يضع كونايو الامعاء في نفق طويل تحت الجلد فتبقى العروة مضغوطة فيه ·

واما لامبره فيستخرج الطرف العلوي مع رباطه على مسافة ٦ — ١٠ سم ويثبت قاعدته بالخلب الجداري ويلبسه شريحة جلدية سلخها من جدار البطن فتشابه العروة حينئذ قضيباً يستطاع ثنيه وضغطه برباط او سد فوهته بقطعة من المشمع ·

ولكن ايجب احداث شرج مفرغ قبل الاستئصال ؟

ان الاراء مختلفة غير انه ما من خلاف في الامر متى وقع انسداد الامعاء

وفي كثير من الحالات لا نرى في احداث هذا الشرج غير الحسنات ·

لان الشرج السابق للقطع يجتنب به تعفن الغرز بالمواد الغائطة

لان الشق يمكن الجراح من الاستقصاء في البطن ومعرفة حالة العقد البلغمية على مسير الماساريقي ودرجة اصابتها واستنتاج ما اذا كانت العملية ممكنة ام لا لانه يُعرف بالشق طول الكولون الحوضي ويبت في ما اذا كان الطريق العجاني مفضلاً ام الطريق البطني العجاني واذا انتخب الطريق العجاني يحدث الشرج عالياً ما امكن لئلا يخفض الكولون ويجر جراً شديداً ·

ومتى كان اجراء العملية الجراحية متعذراً اكتفي بالمعالجة الملطفة · وذلك ان يحدث شرج حرقفي ثابت ايسر فتتحول المواد الغائطة عن الافة وتقل النزوف والسيلانات وقد تزول بتاتاً ويخف التعفن في القطعة السفلى وتطول حياة المريض ١٠ — ١٢ شهراً وقد اشركت الاشعة المجهولة واشعة الراديوم في المعالجة فلم تجنَ منها نتائج حسنة حتى الان ·

واستعمال الراديوم بطريق المستقيم لا يشار به البتة لانه قد يحدث التهاباً في المستقيم شديد الألم دون ان يصل فعله حتى العقد المصابة

واما الطريقة الاخرى في استعمال الراديوم ، وهي غرز ابره في نواحي العقد وفي المنطقة التي تنصب بها اوعية المستقيم البلغمية وفي الورم نفسه وفي جدار المعى دون ان تصل هذه الابر الى لمعة المستقيم ، فخير من الاولى وقد يكون لها مستقبل باهر · لان بعض السرطانات المتعذر استئصاله قد عاد بها سهل الاستئصال ، ولا يزال هذا الامر قيد البحث ·

النتيجة : سرطان المستقيم سرطان رؤوف ، يجب ان يسرع في تشخيصه

واستئصال شأفته والطريق البطني العجاني فيه مع شرج حرقفي ثابت وضابط للمواد هو العملية المنتخبة · و يستطاع اجراؤه في جميع إنواع السرطان وهو اشد خطراً من الطرق الاخرى · والطريق البطني الصرف حسب هرتمن عملية لا بد من تذكرها في بعض الحالات ·

والعملية العجانية لا تقي المبضوعين من النكس كما تقيهم الطريقة البطنية العجانية غير انها حسنة في سرطان المجل الوطي الذي لا يبعد عن فوهة الشرج اكثر من ٧ —٨ سم والمتحرك تحركاً سهلاً وهي عملية قليلة الخطر يشار بها متى كان المرضى طاعنين في السن او منفضجين او مضعفين ·

وخفض الكولون والابقاء على المصرّة عاملان من عوامل الخطر ·

وتحويل المواد الغائطة قبل الاستئصال له بعض الحسنات · ·



اللنجة الفرنسية في المعهد الطبي العربي

قامت اللجنة الفرنسية المؤلفة من الدكتور القائد الموسيو روبار (رئيس) والجراح الموسيو سوليه والدكتور فيجراحة الاسنانالموسيو جينستايوالصيدلي الموسيو دوكينوا (اعضاء) بامتحان تلامذة معهدنا المنتهين من اطباء وصيادلة واطباء اسنان في الخامس والعشرين والسادس والعشرين من شهر حزيران المنصرم . ثم أمّت الاجنة الفاحصة في السابع والعشرين من حزيران المعهد الطبي واعلنت النتيجةبحضور معالي عميد الجامعة السوريةالاستاذ رضا سعيد بك ومعالي رئيس معهد الحقوق الاستاذ عبد القادر بك العظم واساتذة المعهد الطبي وتلامذته وقد جاز الامتحان بنجاح السادة :

الاطباء	حمدي الشيخ غزال	دمشق
	محمدكمال زوده	حماه
	محمدانور شورى	دمشق
	محمد الخياط	دمشق
	شفيقالخياط	دمشق
	جميل الكواكبي	حلب
	سليم دركل	دمشق
	سليم العطار	دمشق
	عبد الرزاق الايوبي	دمشق
الصيادلة :	سليم المغربي	دمشق
	شهير المهايني	دمشق

	اليان طرابلسي	اسكندرية
	جمال البحرة	دمشق
	حنا يونس	مصر
اطباء الاسنان :	سليم نصري	دمشق
	عبد الكريم العائدي	دمشق
	عثمان دعبس	مصر

وعلى الاثر القى حضرة رئيس اللجنــة كلمة موجزة بيّن بهــا سروره بالامتحانات التي دلّت على مقدرة الطلبة وتضلعهم واثنى ثناءً عاطراً على عميد الجامعة واساتذة المعهد الطبي . ثم نهض كل من السادة الطبيب كمال زوده والصيدلي جمال البحرة وطبيب الاسنان سليم نصري فتكلم باسم رفقائه مودعا المعهد الذي تلقى فيه دروسه وداعاً موءثراً شاكراً لعميد الجامعة والاساتذة ما لقيه ورفقاوءه في اثناء سني دراستهم من الاهتمام وشكر للجنة الفاحصة نزاهتها ولطفها ثم اديرت المرطبات والحلويات وارفض القوم داعين لهذا المعهد بالازدهار ومتابعة الرقي .

فالى تلامذتنا بالامس وزملائنا اليوم اخلص التهاني واصفى التمنيات .



افتتاح بناء الجامعة الجديد

سارت الجامعة السورية التي يرئسها معالي الاستاذ الحكيم رضا سعيد بك منذ نالت استقلالها المالي في طريق الاقتصاد وظلت متبعة هذا الطريق السوي يرشدها في سيرها عميدها الكبير وهو الاداري القدير الذي اشتهر بحنكته ودربته وسداد ارائه فتم لها بعد سنوات ست مرت على تأسيسها ان تقتصد مبلغاً كافياً من المال فاقامت هذا البناء الفخم الذي تحتفل اليوم بحفلة افتتاحه يقع هذا البناء غربي المستشفى العام وفي الحديقة الملحقة به وينظر الى بردى الذي ينساب امامه والى جبل قاسيون الذي قام في وجهه ينافسه العظمة والثبات ويتألف من طبقتين فيها احدى وعشرون قاعة معدة لادارتي الجامعة السورية ومعهد الطب وللمتحف المراد انشاؤه ولخزانة كتب مخصصة باساتذة معهدي الطب والحقوق ومدرج فسيح يستوعب ألف شخص معد لالقاء المحاضرات العلمية والاجتماعية وعقد المؤتمرات المقبلة والاحتفالات المتنوعة ·

عينت ادارة الجامعة موعداً لحفلتها يوم الاحد الواقع في السابع من تموز الساعة الخامسة بعد الزوال ووزعت رقاع الدعوة غير انها فوجئت بمصاب جلل اضاعها رشدها وهو نزول القضاء باحد اساتذة معهد الحقوق فوزي بك الغزي الذي كان لنبإ وفاته صدى رددته الاقطار السورية كافة لما للراحل الكبير من المكانة العليا فأجلت حفلتها ثلاثة ايام حداداً على فقيدها العزيز وضربت موعداً لها العاشر من تموز الساعة الخامسة بعد الزوال وفتحت ابواب مخابرها وقاعاتها

مسوتشفاها للزائرين الكرام الذين يرغبون في زيارتها وعينت لهم ساعة ونصف ساعة قبل ميعاد الحفلة لتفقد معهدي الجامعة وفروعها ·

وما ان ازفت الساعة المعينة حتى كنت ترى المدعوين يقبلون زرافات زرافات لهذه الحفلة الشائقة ويطوفون في حديقة المستشفى وتكية السلطان سليمان القانوني ومعهدي الطب والحقوق وعلى وجوههم امارات الاعجاب بما يرون حتى استقر بهم المقام اخيراً في القاعة الفسيحة المعدّة لالقاء المحاضرات حيث اجتمع المدعوون جميعهم وقد غصت القاعة على رحبها بهم فترأس الحفلة الوزير المفوض الموسيو برويار والى يمينه فخامة رئيس الوزراء الشيخ تاج الدين يحف بهما سعادة الجنرال قائد جيش الشرق وبعض الوزراء الفخام والمستشارون وكان الى الجانب الأيمن من الدكة اساتذة معهد الحقوق والى جانبها الايسر اساتذة معهد الطب وما ان استقرّ المقام بالمدعوين حتى نهض معالي عميد الجامعة السورية والقى الخطاب البليغ الذي ننشره بحروفه لما فيه من الفوائد التاريخية والعلمية

خطاب معالي عميد الجامعة السورية

سادتي :

كان موعد هذه الحفلة يوم لاحد المنصرم غير انها اجلت الى هذا اليوم بعد ان الم بالجامعة السورية مصاب جلل وخطب فادح ، بعد أن انهار ركن من اركانها الثانوية وذوى غصن من اغصانها النضيرة وخفت صوت استاذ من افصح اساتذتها بياناً وحجةً وعلماً · وهل احق من الام بلبس ثوب الحداد على ابنها هل احق من الجامعة السورية بالالم والتفجع لهذا المصاب الاليم والفقيد الكريم مفخرة من مفاخرها به ترفع الرأس عالياً و بامثاله تباهي · فاذا ما شرقت بدموعها اياماً ثلاثة حداداً على ذلك الراحل الكريم فانكم تعذرونها واذا ما اجلت

حفلة افتتاح بنائها وتوزيع الشهادات على خريجيها هذه السنة بعد ان اعلنت موعد ذلك الافتتاح فانكم تتجاوزون عن تأجيلها ٠

وكنا نود لو أُتيح لنا تأجيل الحفلة الى ما بعد اليوم الاربعين غير ان بطاقات الدعوة قد وزعت ووزارة الزراعة تلح في استلام البناء لاقامة معرض الصناعات الوطنية فيه وهذا ما اضطرنا الى الاسراع ٠

اسكن الله فقيدنا الاستاذ الكبير فوزي بك الغزي فسيح جنانه والهم آله والجامعة السورية بل البلاد كافة الصبر على فقده ٠

. . . .

ان هذا البناء الفخم الذي وقعت عليه انظاركم هو البناء الذي شادته الجامعة السورية بعد العناء والجهد والاقتصاد ٠ هو البناء الذي دعيتم لحضور حفلة افتتاحه ، فما كان منكم الا ان لبيتم الدعوة ورفعتم بحضوركم علم العلم عالياً خافقاً ونشطتم اربابه الساهرين على نشره في البلاد العربية كافة ، ولا سيما البلاد السورية ٠ فاذا رفعت صوتي من على هذا المنبر وفي هذه القاعة الفسيحة التي غصت على رحبها بنخبة من رواد العلم وحييتكم تحية ملوءها الشكر أكون قد قمت بواجب يترتب عليّ القيام به ٠ فتكرموا سادتي بقبول هذه العاطفة التي ارفعها اليكم بالاصالة عن نفسي والنيابة عن اساتذة الجامعة السورية وطلابها ٠

اما بعد فلا يغرب عن معارفكم الغزيرة ما للجامعات في البلاد من الشأن الرفيع فهي المقياس الذي تقاس به درجة رقي البلاد وصعودها في سلم الحضارة فالبلاد التي لم ترزق هذه المعاهد العلمية بلاد لا يزال الخمول مخيماً عليها بلاد لم يبلغ ابناوءها من العلم درجة توءهلهم لمعاطاة المهن الحرة والعلوم العالية والفنون الراقية التي تدرس في تلك الجامعات ٠ واذا شذ بعض ابنائها عن هذه القاعدة وبلغوا هذه الدرجة فهم قلائل والشاذ لا يقاس عليه ٠ واما البلاد التي شيدت فيها الجامعات فهي بلاد قد سارت شوطها في مضمار العلم ونال ابناوءها قسطهم من الحضارة وعلى قدر رقي الجامعات يكون رقي البلاد التي انشأتها ٠ فحيث ترون هذه الجامعات راقية حيث تشاهدون الاقبال عليها شديدا ، حيث تجدون الحكومة تعضدها بالمخصصات الجسيمة والشعب يوءازرها بهباته وهداياه تشعرون ان البلاد بلاد تدب فيها روح الحياة وتجري في عروقها دم العلم ٠ وحيث ترون تلك الجامعات خاملة فلا هي ميتة ليقال

ن البلاد خالية منها ولا هي حية سائرة في دور نمو مطرد قولوا ان تلك البلاد خاملة وان ابناءها لم يبلغوا من الرقي شأواً . ومتى قيل لكم ان في البلاد جامعات عديدة تفوق حاجة ابنائها فلا تعدوا ذلك دليلا على اتجاه الشعب اتجاهاً معوجا في نهضته العلمية وحضارته . بل ثقوا ان تلك البلاد قد حرك ابناءها جميعهم حب العلم فهبوا هبة واحدة لاقتباسه . ولا يضير البلاد ان يكون معظم ابنائها من خريجي الجامعات الكبرى وان يتعاطى اولئك الشبان بعد نيلهم شهاداتهم من حقوق او هندسة او طب او صيدلة او سوى ذلك المهنة التي يميلون اليها فهل يضير الصراف ان يكون عالمًا بالحقوق او هل يضير الملاك ان يكون مهندساً او هل يضير التاجر ان يكون طبيبا او صيدليا ؟ لا لعمري ، لان هذه العلوم جميعها تصقل العقل وتوسع دائرته وتعيد المرء نبيها بعد ان كان غافلا ومتقنًا للمهنة التي يتعاطاها بعد ان كان جاهلا . فضلا عن ان الجامعات متى ارتقت في بلد كانت نجعة لطلبة البلاد الاخرى افلم نر ان معاهد دمشق كانت قبلة لطلاب العلم في زمن الحضارة العربية افلم نر ان معاهد الاندلس كانت نجعة لابناء اوربة في عصر جهلها المطبق ، افلا نرى ان معاهد اوربة واميركا في عصرنا الحاضر تجذب اليها الشرقيين من اقاصي الارض لانقاع صداهم بماء علمها الغزير مع ان لبعض البلاد الشرقية من الجامعات ما يقوم بتعليم العلوم التي تدرس في جامعات الغرب فلماذا انقلب اتجاه هذا التيار من الشرق الى الغرب بعد ان كان من الغرب الى الشرق ، انه لم يتغير الا لان العلم قد نضب ماؤه في الشرق بعد افول حضارته وجرى غزيراً سلسبيلا في الغرب بعد ان بزغت عليه شمس العلم الساطعة بانوارها الزاهية ، الا لان الجامعات في الغرب قد ارتقت و بلغت شأوا بعيداً لا يدرك ، فوجب على الشرق ان يبعث بابنائه اليها ليستنيروا بانوارها و يعودوا اليه بقبس منها .

اننا اذا القينا نظرة على هذه الكرة و بحثنا في درجة رقي بعض نقاطها وخمول البعض الاخر رأينا ان الجامعات هي مقياس ذلك الرقي وان الامر لا يحتاج الى برهان . ولست اراني ايها السادة في حاجة الى الاسترسال في الموضوع لاثبات هذه القضية التي تسلمون بصحتها ولا تخالفونني على ما ارى فيها .

واذا كان الامر كذلك فلنلق معا نظرة على الجامعة السورية التي شرفتموها بحضوركم ولنبحث في تاريخها القريب بحثا مجرداً خاليا من التحيز لنرى ما اذا كانت هذه الجامعة قد

سارت سيرها في طريق النجاح او انها قد عادت القهقرى ، ولنستنتج من حالة الجامعة حالة البلاد العلمية نفسها ، لانني قلت واعيد ان رقي البلاد يقاس برقي الجامعات فيها .

ان جامعتنا ايها السادة انشئت سنة١٩٢٣ بقرار من فخامة رئيس اتحاد الدول السورية مصدق من المفوض السامي للجمهورية الفرنسية ومؤرخ في ١٥ حزيران ومنحت استقلالها المالي ، وفي هذا ما فيه من الحسنات التي لا تخفى عليكم ايها السادة وخير برهان عليه ان الجامعة تمكنت مع سيرها الدائم الى الرقي من توفير مبلغ كاف لانشاءهذا البناء الفخم الذي يتشرف اليوم بزيارتكم .

وكانت تتألف جامعتنا حينئذ من معهدي الطب والحقوق ومن المجمع العلمي العربي ثم فك عنها المجمع العلمي سنة الف وتسعمائة وست وعشرين فلم يبقَ لها سوى معهديها . فعلينا اذن ان نورد لمحة عن تاريخ هذين المعهدين لنرى درجة رقيها واننا نبدأ بمعهد الحقوق

انشىء هذا المعهد في بيروت في البناء المعد لمدرسة الصنائع سنة الف وتسعمائة واثنتي عشرة ثم نشبت الحرب الكبرى سنة الف وتسعمائة واربع عشرة فنقل الى دمشق في السنة نفسها وخصصت به المدرسة الانكليزية الايرلندية في محلة الاسرائيليين فانتجعه عدد لا يستهان به من الطلبة غير ان التجنيد العام انقص تلامذة المعهد انقاصاً تدريجياً حتى انه لم يبقَ من تلامذته سوى ثلاثة سنة الف وتسعمائة وخمس عشرة .

وبعد ان وضعت الحرب اوزارها فتح لمعهد ابوابه سنة ١٩١٩ فكان عدد تلامذته في سنته الاولى اربعين طالباً ، واخذ هذا العدد يزداد ازدياداً تدريجياً حتى بلغ في هذه السنة ثلاث مائة وستين طالباً . فهذا الاقبال العظيم اكبر دليل على رقي المعهد . كيف لا وبين طلبته العراقي والشرقي الاردني واللبناني والايراني والعلوي والسوري . فتهافتُ الشبان عليه من هذه البلدان النائية المختلفة تهافتا متواصلا برهان جلي على ان هذا المعهد محط ثقتهم وموضع امالهم ولو انهم يجدون في بلدانهم ما يعادله انتظاما ورقيا لما كانوا يتجشمون السفر ويقاسون مضض الغربة وينفقون النفقات الباهظة ليتلقنوا العلم فيه بل كانوا يتلقنونه في مسقط روؤسهم .

ان هذا المعهد فخر لدمشق يحق لها ان تباهي به وتفاخر لانه قبلة البلاد العربية ومتجه ابصارها .

واذا ضربنا صفحا عن عدد الطلبة قلنا ايضاً ان برامج الدروس في المعهد قد نظمت وعدلت على نسق برامج المعاهد في فرنسة مع اضافة الفقه الاسلامي اليها . فاصبح التلميذ لا يجد بين ما يدرسه في هذا المعهد العربي وفي المعاهد الاروبية اقل اختلاف في الدروس .

واذا لم نذكر من اعمال اساتذة معهد الحقوق ذكرنا مؤلفاتهم القيمة التي وضعوها في مختلف الفروع الحقوقية . وجاؤا فيها على احدث ما في هذا العلم وقد طبعوا معظمها ليوجدوا لطلابهم مرجعا يرجعون اليه في مطالعاتهم .

ان هذه المؤلفات التي ترونها الى الجانب الايسر من هذه المنضدة ايها السادة وعددها (٣٠) دليل على جهود اساتذة معهد الحقوق وهي لو حرمت الالسنة تنطق بفضلهم وغيرتهم على ترقية هذا المعهد وابلاغه للمستوى الذي بلغه الان . ولا يخفى عليكم سادتي وانتم من اهل الادب ما يعانيه المؤلف في وضع اصغر المؤلفات ولا سيما في بلادنا السورية التي لم تتوفر فيها وسائط الطباعة التي يلاقيها الغربيون فهم يدفعون مؤلفاتهم بعد تاليفها الى الكتبي فتعاد اليهم مطبوعة دون ان يحتاجوا الى مراقبة كلمة منها ونحن نضطر الى مراقبة كل كلمة مرات عديدة قبل طبعها وفي هذا ما فيه من العناء الذي لا يعرفه غير من عانى التأليف وذاق مرارته فوضع هذه المؤلفات جهد عظيم قام به اساتذة الحقوق فضحوا في سبيل تحقيقه باوقاتهم واموالهم فاليهم عظيم شكري وامتناني .

لننتقل الى معهد الطب . انشيء هذا المعهد سنة (١٩٠٣) بارادة السلطان عبد الحميد الثاني وعين مقره الاول في بناء زيور باشا في الصالحية واعدت فيه بعض المخابر للكيمياء والطبيعة والتشريح والغرائز . وقد امه في سنته الاولى اربعون تلميذاً من دمشق وضواحيها و بلاد الاناضول . وكانت مدة التدريس فيه ست سنوات ، اربعا منها في المعهد والسنتين الاخيرتين بين المعهد والمستشفى العام حيث كانت تلقى الدروس السريرية وتطبق الدروس العملية في مخبر الجراثيم المرتبط بالمستشفى .

وظل المعهد يسير سيره هذا حتى سنة ١٩١٣ اذ نقل الى البناء الذي اقيم في حديقة المستشفى العام ثم اشتعلت نار الحرب الكبرى فنقل الى بيروت و بقي فيها حتى الهدنة .

و بعد ان القت الحرب اوزارها فتح المعهد ابوابه في كانون الثاني سنة ١٩١٩ ودعي معهد الطب العربي ٠

وكانت ابنية المعهد والمستشفى مصدعة مبعثرة وقدضاع معظمها ٠ فقمنا بهمة لا تعرف الكلال بترميم المخروب وتجديد الضائع فلم تمر سنة واحدة حتى عاد المعهد الى ما كان عليه في زمن الحكومة التركية ٠ غير ان العلم كان يتبع سيره المطرد ، ولم يكن علينا نحن القائمين باعباء هذا العمل سوى مجاراته في سيره ومماشاته في رقيه فرممت الابنية وجهزت المخابر بمعدات وادوات من احدث طرز و بدأ الاساتذة الواحد بعد الاخر بالذهاب الى فرنسة الاطلاع على مستحدثات الفن ونظمت البرامج على برامج معاهد فرنسة ، وعين بين سنة ١٩٢٤ و ١٩٣٨ ثلاثة اساتذة فرنسيون فجاءوا يعملون مع زملائهم العرب ، والحق بشعبة طب الاسنان رئيس مخبر فرنسي ٠

وضمت في سنة ١٩٢٢ مدرسة لطب الاسنان وفرعان للقوابل والممرضات الى معهد الطب والصيدلة غير ان ادارة المعهدلاحظت ان طالبات القبالة والتمريض آنسات دمشقيات وان البلاد الاخرى البعيدة لا تبعث ببناتها لاقتباس هذين الفرعين وعرفت ان السبب الوحيد الذي كان يمنع ابناء حلب وحماه وحمص وغيرها من المدن عن ارسال بناتهم الى المعهد هو تعذر الحياة عليهن في بلاد هن غريبات عنها فمهد المعهد هذه العقبة وتلافى هذا المحذور وعين للطالبات الغريبات عن دمشق محلا خاصا يأوين اليه فتوافدحينئذ الى المعهدمنذ السنة الماضية عدد غير قليل من طالبات المدن المجاورة ولم يعد نفع هذين الفرعين منحصراً في دمشق بل تجاوزها الى البلدان الاخرى وانتم ونحن ايها السادة ادرى الناس بافتقار كل قطر من هذه الاقطار السورية الى قابلات قانونيات وممرضات بارعات ٠

ثم اكمل مخبر الاشعة سنة ١٩٢٦ وعينت لجنة فرنسية لاجراء الامتحانات الاجمالية في نهاية كل سنة على نسق ما يجري في معهد الطب الاميركي في بيروت ٠

ثم ضاقت ابنية المعهد عن استيعاب المخابر فنقلت شعبة طب الاسنان ومخابر الطبيعة والتاريخ الطبيعي والكيمياء الى تكية السلطان سليمان القانوني تلك الدائرة العجيبة بهندستها فتفيأت ظل مأذنتي ذلك الجامع التاريخي البديع ٠

وما ان اتسع المكان للجامعة حتى سدت نقصا كان موجوداً وهو انشاء خزانة كتب لطلاب الجامعة كافة من حقوق وطب . فافردت قاعة فسيحة في ذلك البناء الضخم وجهزت بالخزائن اللازمة وستلقى فيها هذه السنة النواة الصغيرة التي ستنمو وتكبر لتعود بفضل موءازرتكم وغيرتكم عليها من اكبر خزائن البلاد السورية .

وقد القيتم نظرة على ذلك البناء ورأيتم الترميمات التي قامت بها الجامعة وشاهدتم الفرق بين حالته القديمة وقد نعق عليه بوم الخراب . وحالته الحاضرة وقد رفرف عليه العلم باجنحته البيضاء .

انشىء اخيراً هذا البناء الذي نقيم حفلة افتتاحه في هذا المدرج الفخيم الذي لا يفيد الجامعة فحسب بل يفيد دمشق كافة لانها لا تحوي على رحبها قاعة فسيحة كهذه تلقى فيها المحاضرات وتقام فيها الحفلات العلمية .

وستفرغ قاعات المستشفى العام من الادارات المختلفة وتجهز باسرة المرضى . وستتوفر في المستشفى الشروط التي لا بد للمستشفيات منها باقصاء ذوي الاشغال والطلبة الذين لا شغل لهم بدخولهم المستشفى الا مع ادارة الجامعة او المعهد الطبي فيستريح المرضى وتبتعد عنهم اسباب العفونات .

وانشأ المعهد منذ سنة ١٩٢٤ مجلته الطبية العربية فكانت صلة اتصال بين الغرب والشرق تنقل الى البلاد العربية كل مستحدث في البلاد الغربية ويدون فيها اساتذة المعهد مشاهداتهم التي ينشر بعضها في مجلات الغرب الطبية . وقد بلغت هذه المجلة مقاما رفيعا في عالم الصحافة والطب بفضل ابحاثها القيمة عن اللغة والطب .

وبدأ الاساتذة ينشرون تعاليمهم باللغة العربية ويدونونها في موءلفات خاصة لاقت رواجا في البلاد العربية . واذا نسيت فلن انسى الحفاوة التي لاقتها هذه الموءلفات التي ترونها على الجانب الايمن من هذه المنضدة في مصر الشقيقة حين انعقاد الموءتمر الطبي الدولي فيها هذه السنة ولا ما ذكرته امهات الجرائد المصرية عنها من الاطناب والمدح الا مر الذي نسجله لاخواننا المصريين باحرف من ذهب وعدد هذه الموءلفات (٣١) عانى فيها واضعوها ما عاناه رصفاوءهم اساتذة معهد الحقوق . وقد اصطدموا في اثناء تأليفهم بعقبة لم تكن الا صغيرة على رصفائهم الحقوقيين وجسيمة عليهم اعني بها عقبة اللغة العلمية الطبية وهي عقبة

كؤود لا تمهد الا بعد الجهد والعناء والجلد . لا يخفى على معارفكم ياسادتي ان الطب كان في عهد جدودنا العرب اي منذ زهاء عشرة قرون زاهرا ومرجعا لطلاب العالم . وان تلك النهضة قد خمدت جذوتها منذ زهاء ستة قرون . غير ان الطب بقي سائراً سيره السريع فاوجدت الوف المصطلحات الاجنبية و بقيت لغتنا العربية نائمة نومها الطويل و بعد ان افاقت رأت هوة سحيقة تفصلها عن العلم الحديث فجد ابناؤها الذين كتبوا مؤلفاتهم بها في ايجاد هذه المصطلحات الطبية . فكان عليهم ان يذللوا امرين الطب نفسه الذي يكتبون عنه واللغة التي يكتبون بها وقد عالجت الصحف المصرية هذا الموضوع فكتبت عنه المقالات الطوال واستنتجت في النهاية ان نظرية القائلين بتعذر تعلم الطب بلغة الضاد نظرية فاسدة واكبر دليل على فسادها معهدنا الطبي وهذه المؤلفات العديدة التي ترونها وكثير غيرها لم يطبع حتى الان.

وقد نال معهدنا الطبي ايضا صيتا فائح الاريج في بلاد الغرب بما دونه عنه من زاروا المعهد وراقبوا الحركة العلمية فيه عن بعد ولولا خشية التطويل لكنت اذكر ما كتبه اولئك العلماء الاعلام كالمسيو آشار الاستاذ في معهد الطب بباريس وسكرتير المجمع الطبي فيها والاستاذ المسيو هنري كلود في جريدة لاسيري الفرنسية التي تصدر عن بيروت وكالمسيو نوفالامار في المطبوعات الطبية التي تصدر عن باريز وكنت ذكرت اقوال بعض زائري المعهد من علماء الشرق والغرب وما دونوه في سجله من الشهادات الناطقة باعجابهم غير ان هذا كله يستدعي وقتا طويلا لا ينفسح له مثل هذا المقام يحق لنا اذن ان نستنتج ايها السادة ان جامعتنا قد سار معهداها الحقوق والطب سيراً متواصلا نحو الرقي. يحق لنا ان نستنتج ان البلاد التي انشئت فيها هذه الجامعة تتبع هي ايضا سيرها التدريجي في النهضة العلمية التي هي اس الحضارة الحقيقية ولكن الى من يعود الفضل في هذا النجاح؟ الى من ينسب هذا الرقي المستمر؟ ألى القائمين بامور هذين المعهدين؟ ألى الاساتذة الذين يتولون التدريس فيهما؟ اجل لا ينكر هذا، لان الحركة العلمية لا تنمو الا بفضل جدهم ومثابرتهم على العمل ولكن لو لم توفر لهم الوسائط، لو لم تعد لهم الوسائل الضرورية لانفاذ مشروعهم الكبير، لو لم تجهز لهم الاموال الكافية التي هي اس كل الاعمال ومدار كل المشاريع لو لم تذلل لهم المصاعب الشديدة التي قامت في وجوههم في البلاد نفسها وفي

خارجها أكان يرجى لعملهم نجاح ولجامعتهم رقي لا لعمري فعلينا اذن اذا كانت جامعتنا السورية قد بلغت من الرقي هذه الدرجة الحسنة التي شاهدتموها اذا كانت قد انشأت هذه الابنية الفخمة التي تنظرونها اذا كانت نالت ذلك الصيت العاطر في البلاد المجاورة ، ان نرفع ابصارنا الى مصدر تلك المساعدة و ينبوع ذلك العمل ، اعني به الحكومة . فلولا الحكومة لما كان لنا شيء نفاخر به ولما كانت لنا هذه المؤسسة العلمية الكبيرة .

اننا نقر ونعترف ايها السادة اننا لم نلاق من الحكومات الوطنية في جميع الادوار التي جازتها الجامعة السورية غير عطف ومساعدة . فنحن نرفع من على هذا المنبر الى الرؤساء الفخام الذين توالوا على منصة الحكم في بلادنا عاطفة عرفان الجميل سائلين منهم ان يتنازلوا لقبولها . نقر ونعترف ايضا بفضل الحكومة الفرنسية الفخيمة ناشرة لواء العلم في العالم ونذكر المساعدات الجليلة التي قام بها نحو جامعتنا والعقبات الكؤود التي ذللها امامنا المفوضون السامون والمندوبون المحترمون الذين تعاقبوا على بلادنا .

اسمحوا لي الآن سادتي ان اقدم لكم الثمرات اليانعة التي جادت بها جامعتنا السورية في هذه السنة . هذه العقول التي انجبتها البلاد العربية و بعثت بها الينا لنثقفها . وهي الآن بعد ان امتلأت علما وحكمة تعود الى معترك الحياة لتخدم البلاد التي ظللتها سماؤها ، تعود اليها لترفع شأنها وتعلي مقامها . واسمحوا لي ايضا ان ادير لحاظي الى هؤلاء الابناء الاحباء واودعهم وداع الاب لبنيه قبل مغادرتهم للمعهدين اللذين رضعوا فيهما لبان العلم وان اذكرهم بان الجامعة امهم تحنوا عليهم وتحن اليهم حيث كانوا ومهما بعدوا ، اجل ابنائي الاعزاء ان جامعتكم ستبقى لكم تلك الام الحنون ، ستتعهدكم بكل مساعدة ستكون لكم عضداً ومساعداً على تذليل ما سيعترضكم في حياة عملكم من الشدائد والمصاعب فاهرعوا اليها بادلوها تلك العاطفة و كونوا لها رسلا لانكم فخرها وهي فخركم ولانكم موضوع حبها وهي موضوع حبكم و كونوا في حياتكم حريصين على المبادىء القويمة التي لقنتموها في هذا الصرح سائرين حسب الخطة التي يرسمها لكم ضميركم الحي والله اسأل ان يوفقكم في اعمالكم و يسبغ عليكم من نعمه .

. . . .

وما كاد يتمّ معالي العميد خطابه حتى دوت القاعة الفسيحة بالتصفيق ثم نهض حضرة الحكيم السيد محمد محرم فتلا ترجمة خطاب العميد باللغة الفرنسية

وعاد على الاثر عميد الجامعة الى منصة الخطابة فقال ان الامتحانات اسفرت هذه السنة عن نيل تسعة اطباء لشهادة الطب وخمسة لشهادة الصيدلية وثلاثة لطب الاسنان وجراحتها وتسع لشهادة القبالة وخمسة وتسعين لشهادة مجاز في الحقوق ودعا معالي رئيس معهد الحقوق الاستاذ عبد القادر بك العظم الى قراءة هذه الاسماء فتلاها وبما اننا قد ذكرنا في الصفحتين ٤٣٢ و ٤٣٣ من هذا الجزء اسماء الاطباء والصيادلة واطباء الاسنان فلا نرى حاجة الى اعادة ذكرها بل نكتفي بذكر اسماء مجازي الحقوق والقوابل ·

اسماء المجازين من معهد الحقوق

السيد ابرهيم دوماني
« ابرهيم عظم
« ابو الهدى عثمان
« احسان وصفي
« احمد حقي
« احمد سراج الدين ترمانيني
« اديب رفاعي
« اديب شاهين
« اديب فرزلي
« اسبر يازجي
« اسعد ضرغام
« البر خوري

السيد جودة صدقي
« حسن ابو الجود
« حلمي اتاسي
« خالد مرادي
« خليل شمشيخ
« خيري عبد الهادي
« رشيد غازي
« رياض دادا
« رياض ميداني
« زهدي أمام
« سامي شاتيلا
« سري سقطي .

« الياس ضباعي
« اليان جديداني
« اميل بيبان
« انطون نمر
« انطون ورده
« انيس جابر
« بديع بارودي
« توفيق خلف
« جبرائيل صفير
« جرجي نجار
« جورج عنحوري
« جميل بهادرلي
« عبد الوهاب اورفه‌لي
« عثمان علواني
« عرفان جلاد
« عفيف صوايا
« علي شعباني
« علي مزهر
« علي مسمار
« عمر حمود
« عوني عبد الهادي
« غالب عظم
« فرزات مملوك
« فضل الله مراد
« فلادمير انطاكي
« فوءاد كيلاني

السيد سليمان عيسى
« سليم روكس
« سمير رافعي
« سهيل مهايني
« صادق محمودي
« صلاح الدين قصيري
« صنعي كاظم
« عادل بدير
« عاصم رافعي
« عبد الرزاق جندي
« عبدالقادر باقي
« عبداللطيف اسطواني
« مصطفى حوراني
« مصطفى شماع
« مصطفى عدسے
« معضاد حسن معضاد
« معمر سعيد
« منيب خطيب
« منير عباس
« منير قصص
« منير مالح
« منير مالكي
« موفق قزيها
« موفق نجلاوي
« ميشال سبع
« ميشال صوايا

السيد فؤاد مرابط
» فؤاد بوغن
» فوزي بردويل
» فوزي مفتي
» فيليب مفرج
» قسطنطين منسى
» كمال خطيب
» ليون زمريا
» محمد اقبيق
» محمود برازي

السيد محي الدين السيوفي
» محي الدين مكاوي
» نجيب حيدر
» نجيب صائغ
» نصوح مملوك
» نقولا نفش
» نهاد اتاسى
» وديع فرح
» يعقوب عون

اسماء الطالبات

الانسة آديل مصور
» بدريه كوجك
السيدة حنينه مدور
الانسة خانم برهاني
» زكيه باخوس

الانسة ليندا سلوم
» مفيدة عمري
» زكيه حسنى
» وحيده حموي

ثم نهض فخامة رئيس مجلس الوزراء وقال انه لجذل غاية الجذل بحضور هذه الحفلة البهية وانه يغتنم هذه الفرصة السانحة الجميلة ليزف الى الحضور الكرام بشرى ضمّ فرع للاداب العربية العليا وفرع آخر للالهيات الى هذه الجامعة الفتية وان ضمّ الفرع الاول قد صدق واساتذته قد عينوا وضم الفرع الثاني سيتم في السنة التي تليها . ثم قال انه وقع اليوم قراراً بمنح معالي عميد الجامعة نوط الاستحقاق السوري من الدرجة الاولى فدوت القاعة بالتصفيق طويلا

لما لاقت هذه البشرى من الارتياح في نفوس الحاضرين وبمنح سعادة قنصل اسبانيا الموسيو درنده النوط نفسه من الدرجة الثانية

وقام على الاثر حضرة الامير كاظم الجزائري فترجم الى الفرنسية ما فاه به فخامة الرئيس ·

ثم نهض سعادة الوزير المفوض الموسيو برويار فالقي خطاباً لحمته البلاغة وسداه الحكمة وتلا ترجمته الى العربية رئيس انشاء هذه المجلة وهذا نص الترجمة

ترجمة خطاب الوزير المفوض

وضع الاب مالبرنش موءلفاً شهيراً موضوعه «طلب الحقيقة» أفلا تنطبق هاتان الكلمتان اللتان هما اجمل عنوان يوشح به موءلف على الحد الذي يحدد به عمل الجامعة ؟

اننا نفتش عن الحقيقة باذلين جهوداً تقودنا من الجهل الى العلم وما اسم هذه الجهود سوى التعلم ومن الصدف ان نرى ايها السادة ان المقاطع اللاتينية التي استقت منها اللغة الفرنسية كلمة (apprendre) ومعناها التعلم هي نفسها كائنة في كلمة (apprehender) ومعناها التخوف فصدفة الاشتقاق هذه مدعاة الى التفكير فهي التي تذكرنا بان الخوف من الضلال هو اول امثولة من امثولات التعلم واكبرها · وان شعورنا بالبعد الذي يفصلنا عن الحقيقة وخوفنا من الضلال في طريقنا اليها هما على طرفي نقيض مع الشك والارتياب لاننا كلما تعمقنا في البحث والتنقيب تبين لنا ان الحقيقة لا شكَّ فيها وبدا لنا ان الوسائل التي نتذرع بها للبلوغ اليها واهية ضعيفة · غير ان العقل الذي لا يثق حتى بنفسه يندفع بنشاطٍ وجروءة وراءها فينجح نجاحاً اكيداً وان بطيئاً ·

ان بصيرة وقادة كهذه واتضاعاً كبيراً نستخدمهما في سبيل مهمتنا السامية يهبان على ما ارى قسطاً وافراً من العلو والشأن للعمل العلمي ·

وانني اعلم حق العلم ايها السادة ان السير وراء الحقيقة كان ولا يزال الشغل الشاغل لهذه الفئة العاملة اعني بها اساتذة هذه الجامعة الفتية وتلامذتها التي اشترك فيها الوطنان السوري والفرنسي بعمل واحد يخيم عليه الوئام · انكم اذا ثابرتم على خطتكم بتطلب الحقيقة تهيئون لكم مستقبلاً زاهراً وانني لسعيد ان ارفع لكم تمنيات فرنسة ورغبتها القوية في تحقيقه ·

· · ·

ثم خرج المدعوون من القاعة الى حديقة المستشفى حيث كانت قد اعدت مائدة حوت ما لذّ وطاب من الحلويات والمرطبات وانصرف القوم بعدئذٍ داعين لهذه الجامعة بالازدهار والتقدم ·

مرشد خاطر

***

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٢٩ م . الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٧ هـ

تمزق الطحال الرضي

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

جيء الى شعبة الجراحة في السادس والعشرين من ايار سنة ١٩٢٩ نحو الساعة الحادية بعد الظهر بشاب قوي البنية كان يشتغل في حقل مجاور فزلت قدمه وسقط من علو على بطنه فاصطدم مراقه الايسر بجسر .

رأى طبيب الخفر وجه المريض شاحباً ودقات نبضه ٩٥ ومنظره مضطرباً ولم يكن في البطن تقفع عضلي دفاعي ولا مضض موضعي بل كان البطن ليناً ولم يكن في الخاصرتين صمم فعولج المريض كمصاب بالصدمة : دفيء وحقن بالايثير والبنين والزيت المكوفر .

بلغت دقات النبض في الساعة الثالثة بعد الظهر ١١٥ ولم تتحسن حالته فحقن بالمصل الخلقي ووضع الثلج على بطنه .

وفي الساعة الرابعة قاء المريض مرتين قياء لا صفات خاصة له وساءت حالته العامة جداً ·

وفي الساعه الخامسة كان النبض ١٢٠ ولم يبد شيء واضح في البطن ·

وفي الساعة الثامنة دعاني طبيب الخفر الى معاينة المريض فرأيته مضطرباً جداً والعرق يتصبب من وجهه والاغشية المخاطية شاحبة والاطراف باردة والنبض صغيراً سريعاً ١٢٥ — ١٣٠ والحرارة ٣٦ ولم يشك المريض اقل الم حين جس بطنه ولم يشعر باقل دفاع عضلي بل كان البطن ليناً غير انه متطبل بعض التطبل في الناحية الشرسوفية دون ان يكون ما يدل على رض عنيف · وكان الوضوح يخف كلما اقترب من الخاصرتين دون ان ينقلب صمماً حقيقياً في اليمين او اليسار ولم يكن الم في المراقين ·

قثتر المريض فخرج بول كهربي اللون ·

الصدر سليم ·

وصفوة القول ان المريض كان مصاباً برض بطن خفيف وباعراض نزف داخلي غزير دون ان تبدو اعراض دالة على مصدر النزف ·

اجريتُ العملية الساعة التاسعة والنصف ففتحت اولا عروة فوق العانة بالتخدير الموضعي (اليبين) فلم اكد اثقب الخلب (البريطون) حتى تدفق دم غزير من الثقب فاكملت الشق حينئذ حتى الذيل الخنجري واكمل التخدير [illegible] وغرفة العمليات ·

فتحققت بعد التحري بان المسار يقا سالمة والكبد صحيحة فجسست الطحال فرأيته ضخماً متمزقاً فثبت لي انه مصدر النزف ·

أجريت شقاً معترضاً فوق السرة والى يسارها عموداً على الشق الاول العاني القصي لأرى جيداً الافة . ومسكت سرة الطحال بمنقاش وقطعتها وحررت قطب العضو العلوي الملتصق واستأصلته . وربطت الاوعية وجففت جوف البطن وتحريت الاعضاء الاخرى فلم ار نزفاً فخطت الشق بخيوط شبه (برونز) .

ولم يكن لدي من يعطي دمه لانقله الى هذا المريض ولم انتبه لجمع الدم المنسكب في جوف البطن للمفاجأة التي فوجئنا بها حين فتح البطن لان همنا الوحيد كان الاسراع الى قطع النزف فحقن المريض بلتر من المصل الغليكوزي الفاتر وتحت جلده بلتر اخر منه وبمقويات القلب ونقل الى فراشه فافاق من التخدير غير انه توفي الساعة الخامسة صباحاً حينما زال فعل المصل .

وكان طول الطحال ٢٠ سم وعرضه ١٢ سم والشقوق عديدة فيه واشدها واطولها شق دائري معترض واقع عند ملتقى ثلث الطحال العلوي بثلثيه السفليين لم يبق الا على طبقة رقيقة من لب العضو ولا عجب اذا كان الطحال ضخماً والمريض عائش في بلاد موبوءة بالبرداء ولا غرابة اذا تمزق طحاله وسرعة تمزق الطحال البردائية اشهر من ان تذكر . كل هذا معروف وليس فيه ما يستحق الذكر ولم ننظم هذه الشاهدة للتنويه به بل غايتنا منها امر اخر .

كان الوقت الذي مر منذ وقوع الرض حتى ظهور الاعراض الخطرة ٣ — ٤ ساعات وكمية الدم المنصب في جوف البطن كانت معادلة لـ ١٥٠٠ — ١٨٠٠ غرام . ولم يشاهد قط في بطن المريض اقل تقفع دفاعي ولا اقل مضض في جداره منتشراً كان او موضعياً على الرغم من شدة الاعراض .

فالى هذا الامر المهم اعني به خلو البطن من التقفع البدئي اوجه انظار القراء الكرام لان المؤلفين لم يتفقوا حتى الان على هذه النقطة · فان بعضهم يقر بالتقفع الانعكاسي أثر انصباب دم في جوف البطن ناجم من تمزق الطحال او الكبد ·

وهذه المشاهدة تدعم حجة الاخرين الذين ينكرون هذا التقفع اثر النزف وحده ·

لان تقفع جدار البطن تقفعاً انعكاسياً متى ظهر فوراً يرتبط حسب رأيهم بتعفن الخلب فاذا ما بدا هذا التقفع اثر رض شديد كان لا بد لنا من الظن بتمزق حشى مجوفة ·

هذه هي النتيجة التي نستخلصها من هذه المشاهدة وهي تدعونا الى ضرورة التوسط الجراحي السريع متى بدت اعراض النزف الداخلي ولو لم يبدُ التقفع ·

حقن الوريد بالمصل الملحي الزائد القوة في انسداد الامعاء

للحكيم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

دخلت شعبة الجراحة امرأة عمرها عشرون سنة حامل منذ ثمانية اشهر في ٢٩ نيسان سنة ١٩٢٩ الساعة الثانية عشرة مصابة بانسداد الامعاء الحاد . وكانت قد اعترتها اعراض الانسداد الخفيف منذ ستة ايام اما اعراض الانسداد التام فلم تظهر الا منذ ثلاثة ايام فقط وكانت اقياوءها قبل دخولها بيومين غائطية الشكل وظلت كذلك . ونبضها ١٢٠ وحرارتها ٣٦ وحالتها العامة سيئة جداً وبطنها كثير التطبل موءلماً ولم يكشف الاصغاء الى الرحم دقات قلب الجنين وكانت عرى الامعاء الدقيقة فوق الرحم متمددة ناتئة لا تتقلص متى نقفت . فرجح ان العائق واقع في المعى الدقيق المشلول .

وكان طبيب الشعبة الداخلي قد اعد المريضة للعملية ريثما اكون قد جئت فحقن تحت جلدها بمقويات القلب والمصل الخلقي وحقن وريدها حقنة اولى بعشرين سم³ من المصل الملحي الزائد القوة الخماسي النسبة حسب طريقة غوسه . وجرب ان يغسل المعدة غير انه لم يوفق لذلك لان الاقياء كانت متواصلة .

اجريت العملية الساعة الثالثة والنصف ، خدرت المريضة تخديراً عاماً

بالايثير · شق البطن تحت السرة اولا فخرج مائع عكر دال على ان التهاب الخلب قد بدأ · وكانت عرى الامعاء الدقيقة حمراء متمددة مشلولة مملوءة سائلاً فاندفعت بشدة من جوف البطن · وكان منظر الكولون المعترض طبيعياً ·

سرت تواً الى الزاوية الدقاقية الاعورية لانني لم اجد قبلها ما يسبب الانسداد فاستحال عليّ تحريك هذه الزاوية واخراجها ·

وكانت الرحم الحامل تعوق التحري فاكملت الشق الى الاسفل واستخرجت الجنين بعد شق الرحم (العملية القيصرية) فوجدت جنيناً ميتاً قد افرغ عقيه واغشيته شاحبة قد بدأ الارتشاح فيها ثم خطت الرحم طبقتين ·

فتمكنت حينئذ من اخراج الزاوية الدقاقية الاعورية ووجدت : ان الاعور متحرك سليم غير ان الزائدة كانت مبتورة وجذمورها الباقي ثخين كقلم الرصاص وطوله سنتمتران · ورأيت حذاء انصباب الدقاق على الوجه الامامي من العروة شريطا ابيض ممتداً من الزاوية السفلى عرضه سنتمتران وهو دليل التهاب محيط الاحشاء وسبب الانسداد ·

والتهاب الخلب تال للانسداد وليس مسبباً من التهاب الزائدة وكان تحرير هذه الاحشاء مستصعبا جداً فاهملته وفاغرت القطعة الاخيرة من الدقاق بالكولون المعترض عند منتصفه مفاغرة جانبية جانبية وهذا ما كانت تقضي به الحالة قبل كل شيء ·

وجففت جوف البطن وخطته بخيوط شبه (برونز) طبقة واحدة · ثم غسلت المعدة والمريضة على منضدة العملية قبل ان تستفيق · وحقن تحت جلدها بسم[٣] واحد من محلول الخلاصة النخامية (extrait d'hypophyse) ووضعت على

البطن محفظة ثلج وثوبر على حقن الوريد بالمصل الملحي الزائد القوة مائة سم[٣] في اليوم من المحلول الخماسي وحقن تحت الجلد بالمصل الخلقي وبطريقة مورفي ايضاً ٠

تغوطت المريضة ٥ — ٦ مرات في المساء وافرغت امعاءها الدقيقة ٠ ولم يطرأ عليها ما يذكر في الايام التالية للعملية ٠

وكان منظر المريضة في صباح الغد حسناً وارتفعت حرارتها قليلاً ونقصت دقات نبضها ٠ ثوبر على الحقن الوريدية بالمصل الملحي الزائد القوة ثلاثة ايام متوالية بقي بعض التطبل في بطنها فحقنت مرة ثانية بخلاصة النخامين فخرجت غازات كثيرة وزال التطبل وتغوطت المريضة فوراً في اليوم الرابع ٠

وعاد النبض والحرارة الى حالتهما الطبيعية في اليوم السابع وقطعت الغرز في اليومين العاشر والثاني عشر ٠

تركت المريضة المستشفى في ٢١ ايار بعد ان اعترتها نوبتان او ثلاث نوب اسهال فكانت تعالج بالبزموت وتشفى وقد ابنا لها ان استمرار الاسهال يستدعي اعادة مجرى المواد الغائطة الى حالته الطبيعية بعد ان ينظر في حالة الاعور ٠

وقد استجوبت المريضة استجواباً دقيقاً فلم يستنتج منه انها قد اصيبت سابقا بنوبة التهاب الزائدة بل اثبتت انها لم تشكُ اقل الم في تلك الناحية ٠

ان طريقة غوسه ادت الى مرضانا خدمات جليلة منذ اعلنت في المطبوعات الطبية (الجزء الثاني ٧ كانون الثاني سنة ١٩٢٨ والجزء المائة ١٥ كانون الاول سنة ١٩٢٨) وقد استحضرنا حبابات هذا المصل الملحي الزائد القوة وجعلناها بين الادوية المعدة للاسعاف السريع كالكظرين (ادرنالين) في حقن القلب

حسب طريقة توبه . وقد بدأ معاونونا بعدان رأوا باعينهم فائدة المصل يستعملونه في جميع المرضى المصابين بانسداد الامعاء حين دخولهم للشعبة .

لست ازيد شيئاً من الحسنات على ما ذكره من استعملوا هذه الطريقة غير ان انتشال هذه المرأة من الموت جدير بالذكر كيف لا وقد كانت حالتها العامة سيئة وتسمم بنيتها مزدوجاً بانسداد امعائها وبحملها حتى ان من رآها حين دخولها حكم عليها بالموت فجاءت طريقة غوسه بشعاع من الامل ومالبث ان عاد ذلك الشعاع نوراً متألقاً فاخرجها من ظلمة القبر .

ان حقن الوريد بالمصل الملحي الزائد القوة والتخدير القطني متى كان جائز الاجراء قد حسنا احصاآتنا تحسيناً جلياً في انسدادات الامعاء وفي الاشكال الاخرى من التسممات ايضاً .

فعلينا اذن ان نوجه عاطفة الشكر والاعجاب الى اقطاب الطب النابغين الاساتذة غوسه وبينه وباقي دوتاليس الذين استنبطوا هذه الطريقة . وهي تقوم بحقن الوريد بمائة سم[٣] من محلول الملح الخماسي مجزئة خمس حقن كل حقنة منها ٢٠ سم[٣] ومفصولة احداها عن الاخرى بست ساعات . ويثابر على هذه الحقن في اليومين اللذين يعقبان العملية ليلاً نهاراً .

قد اثبت الاختبار ان التسمم الناجم من انسداد الامعاء يتصف بهبوط معدل الكلورور في الدم وان اعادة هذه الكمية من الكلورور الى البنية واجبة للتمكن من المقاومة .

زحار الرضع المتحولي

للحكيم ترابو استاذ السريريات الباطنة

ترجمها الحكيم شوكت موفق الشطي

يخطئ من يقول ان الاطفال ليسوا معرضين للزحار في طفولتهم الاولى ٠

ولما كانت اسباب الاسهالات في الاطفال كثيرة كان من السهل على المتمرن ان ينسب الامر متى فحص رضيعاً مصاباً باسهال الى احد الاسباب المعروفة الكثيرة : الاسهالات الغذائية الناجمة من غزارة الرضعات وعدم انتظامها او من عدم تحمل لبن المرضع او من نبت الاسنان او من تبدل الجو (الاسهالات الصيفية « diarrhées estivales ») ٠ ولكن متى كان الزحار المتحولي سبب هذه الاسهالات كما يصادف في سورية خابت كل معالجة واستمرت الاسهالات وازدادت وارتفعت الحمى واستمر ارتفاعها ورفض الطفل الثدي ونحل جسمه وعاد نجوه مخاطياً فساء الانذار وقلق بال الاهل والطبيب ٠ استشارنا بعض الزملاء الوطنيين في مثل هذه الاحوال ففاجئناهم بفكرة الزحار المتحولي وكنا نرى في كل الاقمطة الملوثة سحائب مخاط مصطبغة بالدم منتشرة على غائط صفراوي كما هو نجو الكهول المصابين بزحار ٠ وكانت التقصيات المخبرية ايجابية فعالجنا مرضانا بالامتين ربع سنتغرام لولد عمره ثلاثة اشهر ونصفه لمن كان عمره ستة اشهر وسنتغرام لمن بلغ اثني عشر شهراً مدة ستة ايام فتم الشفاء بسرعة

وقد تسرب هذا الوهم الى زملائنا السوريين مما كتبه المؤلفان (وايل

وغاردر) فقد قالا ان اصابة الاطفال بالزحار اقل من اصابـة الكهول و كتب (اولينتو واوليفرا) البراز يلميان حيث الزحار مرض بلدي كما في سورية ان الزحـار نادر في من كانوا دون السنتين وادعى كومبي ان الزحار لا يصيب من الاطفال الا من فطم · لان الزحار ينتقل بالاغذية ولا سيما بالماء والخضر الملوثة · فكيف يصيب المرض الرضع اذن ؟ ولم يعد من شك في امكان ذلك بعد ان اثبتته التقصيات المخبرية والابحاث المجهرية ·

اما ايضاح الطريقة التي ينتقل الزحار بهـا الى الطفل فامر سهل وذلك بالغبار الذي يبتلعه الطفل والذباب و يـدي المرضع او الوالدة الملوثتين كما اتضح لنا ذلك من استجواب مراضع الاولاد المصابين او والداتهم وظهور المتحولات او غلفها في برازهن فعلى الطبيب ان يذكر الزحـار في البلاد الزحارية متى استعصى اسهال الطفل على المداواة ولا سيما اذا امتنع الطفل عن الرضاعة ونحل جسمه وارتفعت حرارته وتبرز مراراً برازاً صفراوياً مهلياً (صديـدياً) ولو كان الجواب المخبري سلبياً · ولا بأس في تطبيق المداواة الاختبارية على الطفل ومرضعه فينجو الطفل و تشفى المرضع ·

كيفية شفاء الامراض الانتانية الفوري

موجزة من مقالة بن شارل ريشه (استاذ مرشح في معهد باريز)

ترجمها الحكيم شوكت موفق الشطي

تتجه اكثر الامراض العفنة الى الشفاء ولولا ذلك لهلك العالم قبل ان يعرف الطب . وليس من الامراض ما لا يشفى فوراً الا الطاعون الرئوي والجذام وقد يشفى المصابون بالكزاز والكلب والتهاب السحايا فوراً . وغايتنا في هذا البحث ان نظهر مقاومة العوامل العضوية الطبيعية وفعلها فهي على نوعين :

١ً — عوامل موضعية

٢ً — عوامل عامة

العوامل الموضعية : لنأخذ مثالاً على ذلك آلية شفاء الدمل او خراج الادمة الذي يتم بفعل البلعمة وبانفتاح الخراج اما فعل البلعمة فمعروف نضيف اليه عدة عوامل منها ظهور بالعات الجراثيم (bactériophages) وقوة الاخلاط القاتلة للجراثيم (pouvoir bactéricide) .

وقد كشف بطرس دلبه القناع عن هذه الحادثة وابان ان مزارع قيح خراجات الجرب وقيح بعض الخراجات يميت الجراثيم في الزجاج .

لنأخذ البيء السلية كمثال آخر عن الآفات الموضعية . لقد عرف النسيجيون ان البنية السلية تحاط بحجاب ليفي دفاعي يمنع انتشار المرض وان

النسج تسعى ايضاً الى اذابة الجراثيم ·

لندقق في الحمرة وهي آفة موضعية ايضاً حيث تتكون في اغلب الاحيان مناعة تقي اقسام الجسد الباقية وطأة المكورات العقدية ·

العوامل العامة : يتم الشفاء في الانتانات العامة بتوسط العوامل المذكورة وبسعي العضوية الى طرد الطفيليات من الكلية او المعى او الطرق الصفراوية الخ

وليس عمل البلعمة في الانتانات العامة جليا كما ظهر سابقا بل يحيط به الابهام والبلبلة ولا تدل التفاعلات في الزهري والحمى التيفية على توسطه توسطاً حسناً فالبنيات (المكورات البنية) هي اكثر الجراثيم تنبيها للكريات البيضاء نرى على الرغم من ذلك ان بعض التهابات المفاصل المتقيحة البنية ابطأ الامراض سيراً نحو الشفاء مع ان تفاعل الكريات البيضاء وتكاثرها فيه عظيمان جداً

وللعوامل الخلطية اهمية عظيمة في بعض الانتانات كما في الذباح (دفتيريا) حيث تتكون في الاخلاط اضداد من شأنها قتل الجراثيم والمساعدة على النجاة ·

والعامل الثالث في الشفاء هو البلعمات الجرثومية (bactériophages) التي تميت بعض الجراثيم وظهورها في البنية دليل على قرب الشفاء وقد ظهرت فائدة بلعمات الجراثيم في الزحار العصوي والانتان بالعقديات (المكورات العقدية) وفي الحمى التيفية وانتان الدم بعصيات الكولون وفي الهيضة والطاعون ·

هذه هي عوامل الشفاء الثلاثة ذكرناها بايجاز : بلعمة ، مناعة خلطية ، بلعمة جرثومية ·

على اننا نجهل كيفية شفاء كثير من الامراض الاخرى كالزهري والسل والبرداء وذات الرئة وسوى ذلك ·

تاريخ السل والوقاية منه

اقامت لجنة مقاومة السل في عاصمة الامويين حفلة خطابية سينمائية في الحادي عشر من شهر تموز المنصرم في بناء الجامعة الجديد الذي ذكرنا حفلة افتتاحه في الجزء المنصرم وقد دعت اللجنة رئيس انشاء هذه المجلة الدكتور مرشد خاطر الى القاء محاضرة عن السل فلبى الطلب والقى المحاضرة الاتية

«المجلة»

سادتي

رغب الي رئيس جمعية السل الفاضل ان اكلمكم في موضوع قد اختاره لي وهو السل ولم يختر لي هذا الموضوع عبثًا وهو الذي يعمل مع اخوانه النشاط ليلاً نهاراً على مكافحة هذا الداء الوخيم ودرء خطره عن هذه البلاد المحبوبة بل اختاره بعد ان رأى ضحاياه تعد بالالوف واصاباته بمئات الالوف فرغب في ان تكون المحاضرة الاولى التي تلقى من على هذا المنبر وفي هذا المدرج الفسيح الجديد عن هذا الداء الوبيل وقد احسن حضرة الرئيس عملاً لان التبشير بالقواعد الصحية امضى سلاح تكافح به الامراض وهل من تبشير اوسع نطاقًا من هذا التبشير وقد غص هذا المكان على رحبه عن استيعاب نخبة العلم والفضل ؟ فهل يرجو المتكلم ان يجد من المستمعين عدداً اوفر وهل يؤمل في ان يكون لكلامه فائدة اجزل من هذه الفائدة التي اذا رددها كل منكم امام انسبائه انتشرت وعمت دمشق وضواحيها لا بل هل يحلم بان تكون رسل مباديه ارفع مقاماً واعلى شأناً من هؤلاء الرسل الكرام الذين انجبتهم دمشق فكانوا شامة في جبينها وفخراً لها ؟ لا لعمري لقد احسن اذن حضرة

الرئيس اختيار المكان والموضوع ولكنه لم يحسن انتقاء الخطيب ولعل الحسنتين الاولاوين تمحوان الخطيئة الاخيرة بعد ان جاءتني دعوة الرئيس لم يسعني سوى النزول عند رغبته وتلبية طلبه ورغبته لا ترد وطلبه لا يصد . ففكرت ملياً في الشق الذي اختاره من هذا الموضوع الرحب الذي لا يحيط المرء باطرافه الا بعد كتابة مجلد ضخم عنه وقلت في نفسي ما عساني اتكلم والحضور الكرام انواع بينهم روءساء الاديان والاعيان والمحامون والتجار والصحافيون والاطباء والموضوع طبي صرف اذا عالجته معالجة طبية بحتة كانت منه للزملاء الكرام ولطلبة الطب النجباء وهم قلائل فائدة كبيرة ولم يجن منه السواد الاعظم من المستمعين وهم كثر اقل فائدة واذا عكست الاية وعالجته معالجة صحية صرفة كانت منه للفئة الثانية الفائدة التي اتوخاها ولم تجن منه الفئة الطبية اقل فائدة فحرت في امري وعدت اخيراً فقلت ان المساواة اس العدل فالواجب يقضي عليّ ان أرضي مستمعي جميعهم فلا اكون طبيباً صرفاً فتنصب عليّ لعنات الفئة الثانية ولا أخرج خروجاً كاملا عن الطب فيتبرأُ مني ابناء ابقراط وانا منهم ولي كل الفخر في ان اكون منهم وعليه فقد اعددت للزملاء الافاضل صفحة قديمة عن السل لا يتيسر لهم جمعها وكتابتها الا بعد مطالعة موءلفات عدة وتصفح اساطير شتى من مخلفات الاقدمين الامر الذي لا يسهل على كل طبيب اتمامه وهو في معترك هذه الحياة . وتركت للشعب الكريم صفحة ثانية من صفحات هذا الداء الوخيم اعني بها صفحة السراية والوقاية ضارباً صفحاً عن البنود الاخرى العديدة التي لا يسر بمطالعتها غير الاطباء فعسى ان اكون قد احسنت عملاً وان ارضي كلتا الفئتين وهذا حسبي .

السل هو هذا الداء الفتاك الوبيل ، هذا الرشاش البعيد المدى السريع الطلقات الذي يميت الالوف ، هو ذلك المنجل الذي تحركه قوة غريبة فيحصد الملايين من اغراس هذه البشرية النضيرة ، هو هذه الصخرة الصلدة التي تكسرت عليها امواج العلم منذ خلق العالم ولا تزال تتكسر عليها حتى يومنا ، هو مصدر يأس الاطباء وقبلة جدهم واجتهادهم ، اذا هبوا من رقادهم فلا يجاد سلاح فتاك يكافحونه به او عادوا الى اسرتهم فللتفكير في دواء فعال يقي البشرية شره ، هو ذلك المسيطر العظيم الذي لا تغلب له قوة وذلك الحاكم المستبد الجائر الذي لا يرد له امر ، قامت في وجهه دول العالم ، وشن عليه علماء الارض جميعهم الغارة تلو الغارة فعادوا خاسئين ، اعلن عليه قديماً الهنود واليونان والعرب الحرب الضروس فلم ينالوا منه بغية وقامت عليه اوربة واميركة في ايامنا قومة واحدة فكان حظهما حظ من تقدمهما ، هذا هو المرض الذي سأكلمكم عنه ايها السادة وساسرد لكم في بدء خطابي نشأته منذ عرف الطب حتى يومنا .

لم نجد للسل في التاريخ الطبي ذكراً الا في سنة الف وثمانمائة ق . م . عند الهنود الاقدمين الذين كانوا يعدون المسلول كالمجذوم خطراً على من يساكنه ويجاوره وكانوا يتجنبونه تجنب الافعى وقد منع البراهمة في ذلك العهد التزوج بالفتيات المتحدرات من سلالة فيها بعض المسلولين مهما كان ثراؤهن ونبل محتدهن . غير اننا لم نقف على وصف مسهب للسل ذكرت به اعراضه وبعض عراقيله الا في زمن اليونانيين اي منذ ٥٠٠ سنة ق . م . فقد ورد ان اوريفونوس الكنيدي (Euryphon de Cnide) كان يعالج المسلولين بلبن النساء والكي وكان يظن كالمصريين القدماء ان الامراض مسببة من الافراط في الغذاء ولعل

اوريفونوس هذا مؤلف كتاب «الحكم الكنيـدية Maximes Cnidienens والحمية النافعة في الامراض الباطنة» الذي ورد ذكره في قانون ابقراط ولم يعثر على نسخة منه حتى الان على ما اعلم ٠

وكان السل مرضاً شائعاً فتاكاً في عهد ابقراط اب الطب الذي ولد في جزيرة كوس (Cos) من جزر بحر ايجه (Egée) سنة ٤٦٠ ق ٠ م ومات في مدينة (لاريسه Larissa) اليونانية وله من العمر تسعون سنة ٠ فكان يقال في اسبابه انه ينجم من النزلة التي تنحدر الى الصدر ومن انبثاق الاوردة ومن الخراجات الكائنة في الصدر ومن الجناب المتقيح الذي انفتح في الرئة ولم يذكر ابقراط شيئاً من العدوى ولعل السبب في اهماله لهذا الامر شيوع الاعتقاد بعدواه غير اننا متى عرفنا ان لطب الهنود اثراً في الطب اليونـاني وان الهنود كانوا يتجنبون المسلول كالمجذوم فهمنا ان العدوى كانت امراً مسلماً به عند اليونانيين

اما الوارثة فقد جاء ذكرها جلياً فقد ورد ما نصـه « المسلول يولد من المسلول » وان هذا الداء يختار البلغميين البيض وانه كثير الشيوع بين السنوات الرابعة عشرة والخامسة والثلاثين من العمر وانه يبدأ بنوافض خفيفة وسعـال جاف وناخس في الصدر والظهر وان السعال يشتد بعدئذ وتبدأ التفلات وتزداد

وكان يظن ابقراط ان نفث الدم وقياءه سبب المرض وليسا عرضاً له ٠ ثم ان المرض يستفحل والجسم جميعه يهزل اما الساقان فتتوذمـان وهذا دليل واضح على ان اليونانيين عرفوا الدنف (cachexie) السلي ووصفوه واما اظافر القدمين واليدين فتتعقف ثم ان الهزال يزداد في ناحيتي العنق والكتفين ويعود التنفس صفيرياً كما لو نفخ في انبوب وينطفىء الصوت ويشتد الوهن ويتناثر

الشعر ويبدو الاسهال ويقف التقشع ويموت المريض

وانذار السل حسب ابقراط وخيم جداً غير انه اذا عولج في بدئه يشفى ·

وقد ذكر في قانون ابقراط السلان العظمي والمفصلي ولا سيما ما نسميه اليوم داء بوت فقد جاء فيه ذكر خراجات في الورك والعانة مرافقة للحدبات الظهرية وورد فيه ايضاً ذكر داء بوت العنقي « في المرضى المصابة رئاتهم بعقيدات قاسية صلبة » وذكر فيه ايضاً خلع المفصل الحرقفي الفخذي مع خراجات ونواسير · ولا عجب فاننا لا نزال نرى حتى اليوم في هذا القرن العشرين الذي بلغ فيه الطب اسمى درجاته بعض المرضى المصابين بالتهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي وقد اهملت معالجتهم فافضى مرضهم الى الخلع المرضي فلا غرابة اذا ذكر ابقراط في عصره ذلك الخلع المنوه ·

وجاء بعد ابقراط ارسطوطاليس (Aristote) (٣٨٤ — ٣٢٢ ق · م ·) وكان فيلسوفاً وطبيباً في آن واحد فلم يضف الى ما عرفه ابقراط غير شيء وهو قوله ان السل والطاعون ينتقلان بالهواء وهذا القول الذي نطق به احد علماء اليونان منذ نحو من ثلاثة وعشرين قرناً صحيح لا غبار عليه لان السل والطاعون الرئويين ينتقلان بالهواء والطب الحاضر يثبت هذا ·

ولم يمض غير القليل على موت ارسطو حتى ظهر في السنة ٣٣٠ ق · م · ديوكلس (Dioclès de Carystie « Eubée ») فجاءنا بشيء مستحدث لم يذكره من تقدموه وهو مكافحته لنفث الدم بصمغ الثيران وهو ما نسميه اليوم الهلام او الجلاتين ·

ان ديوكلس قد املى هذه الامثولة على القرون التي تعاقبت بعده ونحن

لانزال نستعمل الهلام شرباً ونلجأ الى المصل الهلامي حقناً تحت الجلد في مكافحة الانزفة دون ان نديرابصارنا الى ذلك العبقري الذي طوته الوف السنين شاكرين له هذه الهدية الثمينة التي نفح بها الطب وابناءه .

ونذكر من اطباء الرومان ساليوس اورليانوس (Cœlius Aurelianus) الذي قال عن السل انه قرحة رئوية مع قيح لا ينضب وكان يصف له الترياق والنوم في ارجوحة والسفر بحراً والقراءة بصوت عال وكان يغذي المسلول بافضل الاطعمة واجودها كالبيض والارز والنشا والخمر واللحوم

وهذا الامر الاخير اعني به تغذية المسلول والاعتناء بامر طعامه جديد في ذلك العهد الذي كان يظن به ان الطعام مجلبة الداء وان المسلول كسواه من المرضى الآخرين يجب عليه ان يقلل الطعام .

ويجيء بعد ساليوس ذلك النابغة الكبير والعبقري العظيم الذي لم تنجب القرون السالفة اوسع منه علماً واغزر منه معرفة اعني به جالينوس (١٣ — ٢٠٠ بعد المسيح) وكان له في تاريخ الطب العربي اكبر اثر لان العرب قد استرشدوا بما تركه هذا النابغة فنقلوا العلوم عن مؤلفاته واضافوا اليها ونقضوا ما يحتاج الى نقض واثبتوا ما هو خليق بالاثبات . غير ان جالينوس الذي كان له في التشريح القدح المعلى حتى ان مؤلفاته بقي معمولا بها زهاء ١٢٠٠ سنة ، جالينوس الذي عني قبل كل احد بعلم الخلقة (الفسيولوجيا) ووضع اسسه الاولى ، جالينوس الذي كان للفلسفة من نبوغه القسط الاوفر لم يترك شيئاً جديداً عن السل بل اكتفى بان يدقق في ما تركه السلف ويثبت ما وجده حسناً ويهمل ما رآه بعيداً عن الصواب ولهذا فاذا ذكر اسمه مقروناً بالاجلال

ومحفوفاً بالوقار كلما ذكر التشريح او الخلقة او الفلسفة فهو قلما يذكر اذا بحث في تاريخ السل ·

نصل الآن الى عهد جدودنا القدماء ، الى اطباء العرب الذين بنوا لنا ذلك المجد الزاهر الذي لا يمحوه كرور الاعوام · انهم قد برزوا في كثير من فروع الطب والجراحة وكانوا معلمي العالم ما لا يقل عن ستة قرون فاذا كان لنا ما نفاخر به فبهم واذا حق لنا ان نرفع الرأس عالياً متى ذكرت العلوم والفنون فبفضلهم وتفوقهم ·

كثيرون هم النابغون بين اطبائنا القدماء الذين يطول بنا المقام اذا اتينا على ذكرهم واخاف ان ينسب اليّ التعصب الجنسي اذا ذكرت منهم من تركوا شيئاً عن السل او لم يتركوا الا الشيء الطفيف ولهذا امر بهارون وبختشوع وحنين والرازي الكبير الذي يعود اليه الفضل في وصف الجدري والحصبة وابن زهر وابي القاسم وابن القف وكثيرين سواهم ·

واقف عند الامام الرئيس ابن سينا (٩٨٠ — ١٠٧٦) الذي جاء في قانونه عن السل بكثير من الامور الجديدة فقد ذكر فيه ان « نفث الدم ربما لا يتأخر بل يقع في الابتداء اذا كان السل من الجنس الرديء » وهذا الامر قد اثبته الطب الحاضر فقد يكون نفث الدم العرض الاول الذي يبدو به السل الرئوي دون ان يبدو اي عرض آخر قبله ·

وقال ايضاً « واما قروح الرئة فقد اختلفت الاطباء في انها تبرأ او لا تبرأ البتة لان الالتحام يفتقر الى السكون ولا سكون هناك وجالينوس يخالفهم ويزعم ان الحركة وحدها لا تمنع الالتحام ان لم تضف اليها سائر الموانع والدليل على

ذلك ان الحجاب ايضاً متحرك ومع ذلك فقد تبرأ قروحه » آه ٠

لعمري ان هذه الصفحة لخالدة في تاريخ السل اعني بها حاجة السل الى السكون وامتناع السل الرئوي عن الشفاء لتحرك الرئة حركة مستمرة ٠ الا نرى ان المفصل متى سل يثبت ويحكم عليه بالجمود والقسط ؟ الم نلاحظ ان افكار الاختصاصيين بالسل قد اتجهت في جميع اقطار العالم الى ايجاد طريقة يثبتون بها الرئة ليقربوا منها الشفاء وان الريح الصدرية او طريقة فورلانيني ليست غايتها الا منع الرئة موقتاً عن الحركة فهل اقررنا لذلك النابغة العربي الذي جاءنا منذ نحو من عشرة قرون بالشريعة التي لم يبدلها العلم بل لم يزل جاداً وراء تحقيقها ٠

وجاء ايضاً في قانونه ما حرفه « وقد يعرض للمسلول ان يمتد به السل ممهلا اياه برهة من الزمن وكذلك ربما امتد من الشباب الى الكهولة وقد رأيت امرأة عاشت في السل قريباً من ثلاث وعشرين سنة او اكثر قليلاً » آه

والبرهة لغةً الوقت الطويل لا كما يظن البعض انها الوقت القصير فيكون امامنا قد وصف الشكل المزمن من السل الامر الذي لم يصرح به احد قبله ٠

وقد عرف ابن سينا السوس والزرنيخ والقطران والافيون المستخرج من الخشخاش والكافور في معالجة السل وقال ان امرأة مسلولة بلغ من امرها ان علتها طالت واضنتها واستدعيت من تهيء لها جهاز الموت فقام اخ على رأسها عالجها باقراص الكافور مدة طويلة فعاشت وعوفيت ٠

فهو يشير باستعمال الكافور ويصف منه الجرعات الكبيرة ونحن نرى ان اطباء القرن العشرين وجراحيه قد عادوا الى استعمال الكميات الكبيرة من الكافور

وقرروا ما كان وضعه ذلك النابغة في بدء القرن الحادي عشر ·

وقد اشار ابن سينا في معالجة السل بلبن الاتن النيء وبين فائدته ولم يكن يعلم حينئذ ان في ذلك اللبن النيء المواد التي لقبها الطب الحاضر بالحيوين او (الفيتامين) ونسب اليها تلك الخواص الناجعة ·

واتبع الاوروبيون بعد ان انتقل الطب اليهم من العرب خطة ابن سينا في معالجة المسلولين بضارة الحليب فانشئت في النمسة وسويسرة مراكز عديدة لهذه الغاية كان يؤمها المسلولون من جميع اقطار اوربة لتناول هذه المضارة فيها تناولاً منتظماً وكان يأتي المصل بفوائد جليلة يقرّ بها المسلولون · غير انه أيحق لنا ان ننسب تلك الفوائد الى مصل الحليب ام الى السكن في تلك البلاد الجبلية المطلقة الهواء المعرضة لنور الشمس ؟

ووضع ابن سينا شروطاً لتناول اللبن فقال ما نصه :

« لو امكن ان يمص اللبن من الضرع (وهو يعني ضرع الاتان) لكان اولى » وقال ايضاً « يختار من الاتن ما وضعت منذ اربعة او خمسة اشهر » وقال « تغسل العلبة بالماء الحار ولا سيما اذا كان قد حلب فيها من قبل فتنقع فيه حتى يتحلل ما كان فيها » وفي هذا القول منتهى الحكمة لانه لحظ ان الحليب يختمر ويتبدل تركيبه ويعود مضراً وان العلبة التي كان يحلب اللبن فيها دون ان تغسل جيداً اداة ضرر شديد اذا ما جمع الحليب فيها فاشار بغسلها بالماء الحار ولم يقل بالماء البارد لانه عرف ان الماء الحار افضل في تنظيف ما علق بتلك العلب من فضلات الحليب ولا يجوز ان ننسب كلام ابن سينا في ذلك العصر مهما جاشت في قلوبنا النزعة العربية الى انه كان يرمي باستعماله الماء الحار الى التعقيم والتطهير فما كان

التعقيم ليخطر له ببال ·

ووصف ابن سينا طريقة اعطاء اللبن وكميته ونصح للمسلول بالاكثار من اللحوم على انواعها ·

عفواً ايها السادة اذا اطلت الكلام عن ابن سينا واسهبت في تعليل بعض المستحدثات التي جاء بها عن السل فمن احق منا نحن العرب باظهار ما اوجد جدودنا القدماء واستنبطوا وبابداء فضائلهم ورفع الستار عن علومهم التي استنار بها الغرب حين كان يتسكع في دياجير الجهل · فاذا نحن طمسنا فضلهم فمن تراه ينطق به · ان الواجب يقضي علينا ان نرفع راية الجدود والا نكتفي بالفخر بهم بل ان يكون لنا منهم مثال حي نتبعه في نهضتنا العلمية فنبني بعلومنا اسس استقلالنا المنشود ·

اما الآن وقدختم ذلك العصر المجيدعصر العرب فلنرَ التطور الذي تطوره السل بعد ان انتقل الطب الى الغرب لم تجلَ عدوى السل جيداً ولم يكتب عنها في التاريخ الطبي شيء صريح الا في القرن السادس عشر في ذلك الزمن الذي جاء به فراكستور (Fracastor) من فارونا في ايطالية والف ثلاثة كتب سماها : العدوى والامراض المعدية ومعالجاتها سنة ١٥٤٦ وهي موءلفات جزيلة الفائدة حددت بها العدوى واعلن فيها مبدأ جديدعن اسباب الامراض السارية قال فراكستور في ذلك العهد « الحميات تنجم من بذور لا تستطيع حواسنا ادراكها وهي لا تحدث هذه الامراض فحسب بل تنقلها ايضا الى الآخرين فالعدوى اذن هي انتقال هذه البذور او العفونة من المريض الى السليم واحداثها في السليم مرضاً شبيهاً بالمرض الذي كان مصدراً لها وتنقل هذه البذور باللمس

او المساكنة او عن بعد مهما كانت واسطة انتقالها » ويقول ايضاً لكل من الجدري والحصبة والطاعون والجرب والرمد الصديدي والكلب والزهري والسل بذور خاصة به تنقلها الى الآخرين وهو اول من قال عن السل « انه ينتقل بمساكنة المسلول ولبس اثوابه » وقد ذكر في موءلفه « ان اثواب مسلول كانت السبب في نقل السل الى صحيح ارتداها بعد موت صاحبها بسنتين »

لعمري لا بد لنا من الاقرار بفضل هذا المفكر الكبير فكم في كلامه من حكم وكم في نظراته من حقيقة لاننا لو بدلنا كلمة بذور بكلمة جراثيم لكانت لنا الحقيقة الناصعة التي جاء بها باستور بعده بثلاثة قرون فهو قد نظر بعين بصيرته الثاقبة قبل ان تكون له تلك المجاهر المكبرة الى تلك الخلائق المتناهية في الصغر فقال عنها انها بذور وان حواسنا لا تستطيع ادراكها ، عرفها قبل ان يراها فياله من نابغة . ولم يكتف بهذا بل عرف ان لكل مرض بذرة خاصة به وان البذرة الواحدة لا تسبب هذه الامراض المتنوعة فهو قد اوجد فكرة الجراثيم ووضع فكرة الاستقلال الجرثومي ايضاً .

وبعد ان لفظ فراكستور مبدأه هذا عن عدوى السل بقيت هذه الفكرة منغرسة في ايطالية فقد تكلم عنها بعده بولس زكياس (Paul Zacchias) في موءلفه المسمى « الاسئلة الطبية الشرعية » وقد تساءل فيه عما اذا كان يحق للمرأة السليمة ان تهجر زوجها المسلول .

وفي آخر القرن السادس عشر جاء ماركوليالي (Merculiali) فعدل بعض التعديل فكرة فراكستور واقر بعدوى السل وانتقال الامراض حسبما ذكر فراكستور غير انه خالفه في امر تلك البذور وقال انها نوع شبيه فعله بفعل السموم .

وفي نظر هذا الايطالي كثير من السداد فهو لم يقنعه ان بذوراً تدخل الجسد وتحدث ما تحدثه تلك الامراض الحادة الفتاكة بل ان هناك امراً اعظم من هذا ان هناك شيئاً من السموم يلقى ويسمم البنية وكأنه يقول ان تلك البذور او جراثيم اليوم لا تؤثر بدخولها للبنية فقط بل تفعل ايضاً بمفرزاتها او ذيفاناتها (توكسينها) فياله من نظر ثاقب بعيد المرمى ·

واشتهر في القرن السابع عشر بين الاطباء الذين عنوا عناية خاصة بالسل ريشار مورتون (R. Morton) الانكليزي (١٦٩٨) وكان اكليريكياً في بدء حياته ومن اسرة شريفة غير انه ترك الثوب الى تعلم الطب · فقد نسب سل الرئة الى عقيدات تلتهب وتتقيح وكان يظن انها تنجم من دم متخثر وكان يعتقد ايضاً بعدوى السل فقد قال عنه « انه يعدي الاصحاء الذين ينامون والمسلول في فراش واحد كما تعدي الحمى الخبيثة » ولكنه كان يعتقد بالوارثة خاصة وقد قسم السل ثلاث درجات : الابتدائية والوسطى والانتهائية وهي درجة اليأس · فالاولى تناسب هجوم كمية زائدة من مصل الدم على الرئة ، والثانية تناسب تكون العقيدات ، والثالثة التهاب الرئة وتقيحها ·

وهو يروي حادثة سل استمرت خمسين سنة كحادثة اللورد هارت وحادثة ابيه الطبيب الشهير الذي قضى حياته كلها وهو يسعل ومات سنة ١٦٥٨ · وقد عني مورتون بالسل خاصة لانه كان ابن طبيب مسلول وكان يخشى الوراثة وانتقال هذا المرض بها اليه ، وقد اهتم اهتماماً جزيلاً في معالجة السل بكثرة التغذية والامور الصحية ·

فمورتون اذن جاءنا بامرين جديدين : العقيدات الرئوية التي لم يذكرها

احد قبله وقد اثبت الطب الحاضر تكونها في الرئة ودرجات السل الثلاث التي لا نزال نذكرها ·

وفي القرن نفسه قام لازار ريفيار (Lazare Rivière) (١٥٨٩ — ١٦٥٥) في فرنسة ووضع موءلفاً اسماه الممارسة الطبية (Pratique Médicale) لا يخلو من الفائدة الطبية ذكر فيه بضع مئات من المشاهدات بينها العدد الوافر عن عدوى السل ومنها مشاهدة غريبة في بابها وهي ان احد الكهنة بعد ان سل كان يستطب برضع ثدي امرأة فسلت بدورها وماتت بعد ان نقلت العدوى الى اختها التي غالبت المرض فغلبته وشفيت غير ان هذا الكاهن المنكود الحظ الذي كان السبب في تفشي الداء وموت تلك المرأة البائسة لم تجده المعالجة نفعاً فقضى ضحية دائه الوبيل ·

وفي آخر القرن السابع عشر وبدء الثامن عشر جاء بالليني (Bellini) الايطالي (١٦٤٣ — ١٧٠٤) فكان اول من ذكر امكان التوسط الجراحي في سل الرئة ·

وقد برز في القرن الثامن عشر فون سويتن (Von Swieten) (١٧٠٠ — ١٧٧٢) الهولندي المولد النمساوي الاقامة · اضطهد هذا الطبيب الشهير في بلده لانه كان كاثوليكياً فرحل الى انكلترة ومنها الى فينة حيث نال شهرة سريعة · ولم يكتب عن السل شيئاً جديداً سوى انه اشار باستعمال خزام العنق في السل الرئوي وبخزع الرغامى في الحالات الخطرة ·

وفي العصر نفسه قام في ايطالية مورغاني (J. B. Morgagni) الشهير (١٦٨٢ — ١٧٧١) وكان يخشى السل خشيته للافعي حتى انه لم يكن يجسر

على تشريح جثة المسلول خوفاً من انتقال العدوى اليه فأيد فكرة فراكستور بعدوى السل ولم يكتف بهذا بل انه وصف قبل كل احد التهاب السحايا السلي واورد عنه مشاهدة جزيلة الفائدة : ابنة في الثانية عشرة متوقدة ذكاء فقدت اختها واخاها بالسل واصابها هي نفسها بعد سنة من فقدهما التهاب في الرئة اليسرى ثم اعتراها صداع فوق الوقب ولم يمر عليها يوم واحد على ظهور هذا العرض حتى اخذها الهذيان وثبتت عيناها واعترتها الاقياء وانتابتها حركات تشنجية عقبها نوع من السبات كانت تتخلله آونة بعد اخرى نوب تشنج شديدة وزلة (ضيق نفس) ثم قضت وبعد ان فتحت جثتها بدا في قاعدة الدماغ مهل (مصل صديدى) نسب اليه المرض ·

وظل الشعب في ايطالية يخاف السل خوفاً شديداً ويرتعد لدى ذكر اسمه لما زرعه الاطباء في قلوب العامة عن سرعة عدواه فقد كتب رولان (Raulin) (١٧٠٨ — ١٧٨٤) ما حرفه « متى ثبتت اصابة شخص بالسل كان يحرق فراشه واغطيته واثوابه وادوات طعامه وشرابه وجميع ما يستعمله ومتى مات يحرق هذا الاثاث ويتلف وقلما كان يسمح باستعماله بعد تبخيره · اما الغرفة فتقشر جدرانها وتطلى بطلاء جديد وتغسل ارضها وتفتح نوافذها وابوابها وتبقى معرضة للشمس والهواء سنة كاملة قبل ان يسمح بسكنها ·

وقد استولى الرعب على قلوب الايطاليين استيلاء غريباً وبلغ منهم الخوف من السل مبلغاً بعيداً فان شيريلو وكوتونيو (Cirillo et Cotugno) بعد ان استرشدا بارشادات اسكوبار (Escobar) (١٧٧٦) وهو اول من اشار بتعقيم تفلات المسلولين وقعا في نابولي على ذلك القرار التاريخي الشهير في ٢٠ ايلول

سنة ١٧٨٢ واذيع على الملا بامر الملك فرديناند في الشوارع و بعد النفخ في الابواق تنبيها للشعب وخلاصته « ان يعزل المسلول بعد ان يتحقق مرضه وان كل طبيب يعاين مسلولاً ولا يعلن امره يغرم في المرة الاولى غرامة كبيرة واذا عاد الى اقتراف هذا الجرم ينفى عشر سنوات . ولم يستثنَ الاكلير يكيون من من هذا القانون اما اثاث غرفة المسلول فينقل بعد موته الى خارج المدينة و يبخر بابخرة متنوعة و يغسل » .

وقد ادعى رولان انه شاهد اكثر من الف حادثة عدوى في زمن ممارسته الطبية اما بوسكيون (Bousquillon) فلم يرَ والعهدة عليه حادثة عدوى واحدة .

وقد تغلبت فكرة بوسكيون في فرنسة و بعض اجزاء اوربة حتى الربع الاخير من القرن التاسع عشر اذ كشفت عصيات كوخ لان اختبارات فيلمن عن التلقيح بالسل لم تثبت في البدء عدوى هذا الداء .

ومن الوجوه الساطعة في القرن الثامن عشر برسيفال بوت (١٧١٣—١٧٨٨) الذي وصف سل الاجسام الفقرية فسمي باسمه « داء بوت » وكان يعالجه بكي الاقسام الناتئة من العظام المصابة وقد وصف ايضاً الشلل المرافق له ونسبه الى تخرب النخاع الشوكي فقد قال « تتنخر اجسام الفقار و يتخرب القسم الغضروفي بينها فيضغط النخاع الشوكي و يصاب بالتبدل و يشل المريض » ونسب هذا المرض الى الداء الخنازيري ونفى علاقته بالرض وقد كتب عنه ما حرفه « ان المرض الذي يحدث هذه الاحوال في النخاع الشوكي والاقسام المجاورة له هو الداء الخنازيري اعني به المرض نفسه الذي يحدث تكثفاً في الشفة العليا وضخامة في عقد العنق وتحت الذقن وسعالاً جافاً متعباً وضخامة وتنخراً في العظام الاخرى

فاذا كان ابقراط قد وصف سلي المفاصل والعنق دون ان يعلم سببهما بل ان وصفه لهما ذلك الوصف الجميل كان ينطبق على ما نشاهده اليوم من اعراضهما فان برسيفال بوت قد بين علاقة تنخر الفقار بالسل او بالداء الخنازيري فلا احق منه بان يسمى هذا الداء باسمه وان يبقى اسمه خالداً تردده من بعده السنة الاطباء ابد الدهر ·

نصل الآن الى القرن التاسع عشر وهو القرن الذي كشف به النقاب عن السل فبدا امره جلياً نرى في بدء هذا القرن غسبار لورن بايل (Gaspard Laurent Bayel) (١٧٧٤ — ١٨١٦) الذي درس السل الرئوي درساً دقيقاً وبين ان العقيدة الرئوية قد تتلين وذكر انه كان يرى في جثث المسلولين عقيدات عديدة مشابهة للعقيدات الرئوية في الاعضاء الاخرى الكبد والكلية والماساريقا وغيرها غير انه لم يرَ منها في الدماغ وقد نسب جميع هذه العقد الى سبب واحد حتى انه لفظ هذه الكلمة الحرض السلي (diathèse tuberculeuse) ·

يتبين لنا من هذا ان الافكار بدأت تتجه منذ بدء القرن التاسع عشر الى توحيد المظاهر المختلفة التي يظهر بها السل وان اطباء ذلك العصر بعد ان رأوا في العقد البلغمية والاحشاء والرئة عقيدات متشابهة كل الشبه خالجهم الشك في ان هذه المظاهر جميعها ناتجة من سبب واحد ·

وجاء في الربع الاول من القرن التاسع عشر ذلك النابغة الكبير لاينك (Laënnec) (١٧٨١ — ١٨٢٦) طبيب مستشفى نكر الذي تفوق على معلمه كورفيزار (Corvisart) وسلح الاطباء بسلاح ماض في تشخيص امراض الرئة والقلب وقد عني لاينك خاصة بالسل واثبت وحدته جازماً فيها اكثر من

غسبارلورن بايل بقوله « مهما كان الشكل الذي تظهر به المادة السليـة فهي في بدئها مادة سنجابية شفافة بعض الشفوف ولا تلبث ان تعود صفراء ظليلة قاسية جداً ثم انها تلين وتميع ميعاً متجانسا شبيهاً بقوام الصديد فتنفرغ في القصبات تاركة تجاويف كانت تسمى قبلاً قروح الرئة اما نحن فنسميها كهوف الرئة»

فهل اجلى من هذا التصريح عن وحدة السل في ذلك الزمن الذي لم يبدِ فيه المجهر لعالم الوجود اكتشافاته المعجبات ·

واننا لنعجب اشد العجب كيف انهذا النابغة لم يكن يعتقد بعدوى السل كثيراً فقد ورد في كتابه ما نصه « لا يخيل لي ان الاثواب الصوفيـة وفرش المسلولين التي يحرقونها في بعض البلدان ولا يكادون يغسلونها في فرنسة قد نقلت السل الى احد » مع ان من قلب تلك المؤلفات الطبية العديدة التي نشرت قبل عهد لايناك وقد استقينا منها الكثير من شواهدنا التاريخية يرى فيها المشاهدات المثبتة لعدوى السل واظن ان الشك كان يخالج لايناك في صحتها وانه كان ينتظر مشاهدة حوادث العدوى بعينه ليقر بها فلم يتح له ذلك لان السل نفسه حصد بمنجله تلك الغرسة النضيرة ·

وقد اقر لايناك بالتلقيح اذ قال متسائلاً « ايحدث التلقيح المقصود سلاً او على الاقل سلاً موضعياً ؟ » واجاب عن هـذا السؤال بقوله « ليس لي سوى حادثة واحدة اقدمها برهاناً على صحـة التلقيح بالسل وهي وان تكن مفردة جديرة بالذكر » وقد كنا نتمنى لو ان تلك الحادثة لم تقع اذن لكانت طالت حياة هذا العالم ولكانت البشرية استفادت من علمه الجم وقد عنى لايناك بتلك الحادثة المفردة نفسه لانه وهو ينشر فقار مسلول سنة ١٨٠٦ جرح سبابتـه

اليسرى فبدت مكان ذلك الخدش عقيدة سلية فكواها مرات عديدة بز بدة الاثمد فندبت غير ان تلك الجراثيم التي كانت قد تغلغلت في جسده لم تلبث ان عادت الى محاربته فاصيب بسل وقضى في ١٣ آب سنة ١٨٢٦ ·

مات ذلك العلامة ضحية الواجب فعرف العالم قدره وهبت بلاده الفرنسية منذ ثلاث سنوات فاحتفلت بذكرى مرور مائة عام على موتـه وكثيرون هم الذين يموتون هذه الميتة الشريفة فتبلى اجسادهم واعمالهم معاً لان الامـة التي ينتسبون اليها لا تكرم علماءها ·

ان تكريم العلماء ايها السادة صفة من الصفات السامية الدالة على حياة الامم ورقيها واننا لنجذل غاية الجذل بان نرى هذه الروح قـد دبت في جسم البلاد العربية فما هذه اليوبيلات التي تقام هنا وهناك لتكريم بعض نوابغنـا الا دليل على ان الحياة قد دبت فينا ·

وما ان انتصف القرن التاسع عشر حتى بدا الى الوجود ذلك العلامة الالماني الكبير الذي كشف النقاب عن سبب السل فسكتت الالسنة وحسم الجـدال وكان لاكتشافه الضجة الكبيرة في اقطار البسيطة وقد عرفتم ايهـا السادة من اعني انني اعني كوخ (Koch) (١٨٤٣ = ١٩١٠) الذي لم تمر على موتـه اكثر من تسع عشرة سنة · توصل هذا العلامة سنة ١٨٨٢ الى كشف عصيات السل فاثبت وحدة السل ونوعيته وعدواه ·

وكان كشفه اكبر برهان على صحة الفكرة التي جاء بها لاينـاك او سداد الفكرة الفرنسية وانصع دليل على فساد الفكرة الالمانية المنافيـة لما وهي فكرة فيرخوف (Virchow) ور يندهارت (Reindhardt) القائلة بعدم وحـدة السل

ورأي امبيس (Empis) الذي كان يعد السل الدخني (granulie) مرضاً خاصاً لا علاقة له بالسل ٠

ولم يعد من مجال للشك في عدوى السل ، هذه العدوى التي قالت بها الاجيال السالفة منذ القدم حتى اتى لايناك فنفاها وكان نفيه لها كما اوردنا خروجاً عن الحقيقة ٠

انني اقف عند هذا الحد بعد ان استعرضت معكم الاجيال جيلاً جيلاً منذ الهنود الى القرن الماضي وبعد ان اوضحت لكم تطور السل في هذه القرون وما ادخله كل قرن منها من الامور الجديدة عليه وانني ارى ان الوقت قد حان لامرّ الى الشق الثاني من محاضرتي واحول نظري عن الزملاء الكرام الى الفئة الثانية من مستمعيّ لاحادثهم عن العدوى والوقاية ٠

وقبل ان ادخل لب الموضوع اقسم السل قسمين : قسماً يعرفه الشعب وهو السل الرئوي الشديد الخطر على المسلول ومن يحيط به وقسماً آخر لا يعرفه غير الاطباء لان معظم الشعب لم يتعود سماعه اعني به اشكال السل الاخرى من عظمي ومفصلي وعقدي وكلوي ومعوي وخلبي وسحائي وغير ذلك ٠

والغاية من هذه القسمة ايها السادة التفاوت الشديد بين عدوى القسم الاول الشديدة والقسم الثاني الخفيفة كما سيبدو لكم الامر واضحاً في سياق محاضرتي ٠ وكلا القسمين متفش تفشياً راعباً في بلادنا السورية ومن ادرى بتفشيهما منا نحن معشر الاطباء ولا سيما اطباء المستشفيات الذين يرون في يومهم الواحد عشرات المرضى وقد اناخ عليهم هذا الداء بكلكله فاذوى فيهم نضارة الحياة أو اتلف فيهم بعض الاعضاء ٠

اقول هذا والاسف آخذ مني مأخذه الشديد لان معدل السل بين مرضى مستشفانا العام ومن يأمون عيادته الخارجية مستشفين لا يقل عن عشرين بالمائة وهو معدل لا يستهان به يدعو الحكومة الى اتخاذ التدابير الفعالة لقمع هذا الداء ومكافحته اشد المكافحة ٠

وبما ان العدو لا يتقى شره ولا تصد هجماته الا متى عرف مقره وادركت الطرق التي يختطها في الهجوم كان علينا ان نعلم مقر عصيات السل وطرق انتقالها لنتخذ الوسائل الفعالة لاجتنابها ٠

اين نجد عصيات كوخ او العوامل المرضية المحدثة للسل ؟ سوءال لا تصعب الاجابة عنه ٠ اننا نجدها في الهواء الذي نستنشقه ، نجدها في الاغذية التي نتناولها ، نجدها في السوائل التي نشربها ، نجدها على اليد التي نصافحها والشفاه التي نقبلها ، نجدها في فمنا وبلعومنا نجدها حيث مررنا في الشوارع والمعابد والمسارح والبيوت والمدارس ، انها منتشرة انتشاراً مخيفاً تحيط بنا وتهاجم اجسادنا من كل مكان وصوب ٠

كل هذا حقيقي ايها السادة وليس فيه شيء من الغلو فان السيدة التي تكنس بيتها في الصباح مثيرة من الغبار ضباباً تستنشقه وتنشقه اولادها وزوجها تعمل على نشر هذا الداء وتفشيه دون ان تعلم او تدرك فداحة الامر الذي تعمله ٠

وتلك المكانس التي تحركها ايدي العملة في الشوارع في صباح كل يوم وعشيته بينما الناس يروحون ويجيئون في الازقة والشوارع كادحين وراء اشغالهم ادوات تعمل للسل ومعامل تقوض بها ابنية الاجساد البشرية لانها تنشر في الهواء ما كان لاصقاً بالارض وتسهل دخوله في انوف المارين وافواههم ٠

وتلك الايدي التي نصافحها او نقبلها وقد انتشرت عادة لثم الايدي بيننا ايدٍ لا تحمل الينا السلام الذي نتوسمه ولا الحب الذي نتوخاه وننشده ، بل ايد مفعمة بعصيات السل وسواها من الجراثيم القتالة فعلينا اجتنابها ما امكننا ٠

وتلك الوجنات والشفاه التي نحن شوقاً اليها ونرسم عليها قبلة الهيام والوجد وجنات وشفاه لا تنقل الينا الا الموت الزؤام ولو اننا عرفنا هذا لكنا امتنعنا عن تلك اللذة ناظرين الى ما ورائها من الخطر المقبل ولكننا نحكم العقل في امورنا قبل العواطف والقلب ٠

وتلك المواد الغذائية التي تعرض في الاسواق وقد كساها الغبار ثوباً سندسياً جميلاً ووشمها الذباب بخيلانه السود فعادت كأنها الوشي المعلم مواد لا تغذي البدن وتجلب العافية بل تؤذي الجسد وتقصر الحياة بما تحمله من الجراثيم والاقذار ٠

اني اسمع البعض يهمسون قائلين انسيت ايها الطبيب فعل النار في التعقيم او لا تعلم ان المواد الغذائية تمر بالطنجرة والمقلاة قبل ان تصل الى الفم والمعدة فيموت ما فيها من الجراثيم وان الخضر التي تؤكل غضة تغسل والغسل احسن مطهر آلي يكنس الجراثيم كنساً ان لم يقتلها قتلاً ؟

لا انكر هذه الملاحظة ايها السادة ولا انسى هذا التنبيه الوجيه ولكن ما قولكم بتلك المعجنات تحمل على الرؤوس او تعرض في الشوارع ينفخ الهواء عليها فيلصق بها من الغبار وذرات التراب ما يعيدها شهية لذيذة وما رأيكم في ثمر التوت الذي لا يستحم في الماء الحار ولا يبترد في الماء البارد والامثلة كثيرة

يطول بنا عدها لست انكر ايضاً ان ادارة الصحة تكافح هذه الامور مكافحة شديدة وانها تعاقب من يخالف القوانين التي تسنها غير ان ادارة الصحة لا تتمكن على الرغم من سهرها الدائم ان تعين لكل بائع مأموراً يرقب حركاته فاذا لم يكن فينا ما يردعنا فلا شيء يقلعنا عن هذه العادات المضرة ·

ولكن اذا كانت عصيات السل منتشرة هذا الانتشار الهائل فهل من سبيل الى اجتنابها واذا كانت سابحة في الهواء الذي نستنشقه وفي اللبن الذي نشربه وفي الغذاء الذي نأكله فهل من وسيلة الى تعقيم الهواء او الامتناع عن استنشاقه او هل من سبيل الى المعيشة بدون طعام وشراب ؟

اذا لم يكن تعقيم الهواء ممكنا ولا الامتناع عن الطعام والشراب مستطاعاً ايها السادة فان اجتناب عصيات السل والقضاء عليها ممكنان متى بحث في الامر ونظر اليه بعين الروية ·

لا تقوم الوقاية من السل بمنع الباعة عن عرض المواد الغذائية في الاسواق ولا بالامتناع عن المصافحة والتقبيل ولا باجتناب كنس الاسواق قبل ان ترش مع ان هذه الامور جميعها مفيدة كل الفائدة لا يعفى شخص من معرفتها والتبشير بها بل تقوم الوقاية من السل بامر واحد فقط يضاف اليه امر اخر ملحق به · وهذا الامر الواحد هو الاس الذي تبنى عليه الوقاية فاذا ما حفظناه ورعيناه كان لنا ان نفاخر باننا كسرنا هذه القيود الثقيلة التي كبّل بها السل بلادنا السورية واذا لم نحفظه ولم ندرك اهميته بقي كل فرد منا عرضة لهذا الداء الوبيل لان تقيد بعض الافراد بالقواعد المتبعة في اتقاء هذا الداء لا تجدي المجموع نفعاً اذا لم يقم المجموع بعمل واحد مشترك · فما هو ذلك الاس يا ترى ؟ هو ايها

السادة محاربة العصيات في وكرها ، هو اتلافها قبل انتشارها لان وكر الافاعي يسهل التغلب عليه ما زالت ثعابينه مجتمعة ولكن متى تفرقت وانتشرت امتنع الامر وهو يزداد امتناعاً متى بنت كل افعى وكراً جديداً وتكاثرت تكاثراً راعباً

اذن لا بد من الاستيلاء على تلك العصيات في وكرها فاين هو هذا الوكر؟ هو ولا شك المسلول نفسه فاذا ما اعتنينا بالمسلول العناية الواجبة واتلفنا ما يقذفه من جسده من ملايين الجراثيم كل دقيقة حقت لنا الغلبة على هذا الداء الوبيل وعاد هواؤنا نقياً وماؤنا عذباً وغذاؤنا مستطاباً واذا نحن اهملنا ذلك العش لم تجدِ الاحتياطات الاخرى التي نتخذها نفعاً . قلت ان المسلول يقذف من جسده بملايين الجراثيم فكيف يقذف بها؟ انه يقذف بها من رئتيه مع التفلات متى كان السل رئويا ويلقي بها مع الغائط او البول متى كان السل معديا او كلويا مثانياً ويطرحها مع الصديد متى كان السل مفصلياً او عظمياً او عقديا فعلينا اذن ان نتلف في ما يلقيه المريض تلك الجراثيم .

اما الصديد فقلما يكون سبباً لانتشار السل لان المسلول المصاب بسل عظمي او مفصلي مسلول لا يقوى غالبا على التجول ولان آفته تضطره الى طبيب او مضمد يضمد جروحه فيقوم الطبيب بهذه المهمة ويأمر بحرق ما نزعه عن ذلك الجرح من القطن والشاش الملوثين .

ويقرب منه المصاب بسل معوي او بولي لانه ولو كان قادراً على التجول لا يلقي بمفرزاته اعني بوله وغائطه الا في المراحيض فتسير في تلك المجاري القذرة دون ان يكون منها خطر شديد وان تكن لا تخلو منه .

وما اقوله ايها السادة ينطبق على المدن التي تراعى فيها القواعد الصحية مراعاة دقيقة غير ان مدينتنا عاصمة البلاد السورية لا تزال بعيدة عن اتباع هذه القواعد فاذا كان المصاب بسل بولي لا يعد خطراً كبيراً على المجتمع في البلاد الاخرى فهو خطر جسيم في مدينتنا العزيزة وانكم تعلمون السبب لانه لا يحتاج الى برهان ذلك لان المصاب يبول كما يبول سواه في الازقة والمنعطفات فتلقى مع بوله عصيات كوخ تتناقلها احذية المارين وهي رطبة واجنحة الريح متى جفت فلو ان المجلس البلدي اخذ لهذا الامر عدته واكثر من المباول في الازقة وعاقب المعاقبة الصارمة من يتجاسر على البول في سوى تلك الاماكن المعدة لهذه الغاية لعاد المصاب بسل بولي اقل خطراً على المجتمع الذي يعيش فيه فعسى ان ننال هذه الامنية ٠

غير ان الخطر كل الخطر والبلية كل البلية في ذلك المصدور المصاب بسل رئوي فهو في دوريه الاول والثاني لا يلازم فراشه بل ينتقل في الازقة والشوارع ويزور الاصدقاء فيملأ الاماكن التي يمر بها بتفلاته فلا تلبث ان تجف فيبددها الهواء فتتطاير ذراتها معه وتنتقل الى رئات الناس ومعدهم ومتى كان المسلول ارقى شأنا واحسن حالا تفل في منديله وفي هذا من الضرر ما لا يقل عن ذاك لان ذلك المنديل تجف فيه التفلات فيكون حظها حظ تلك التي القيت على الارض ولان ذلك المنديل ينتقل من يد الى يد ليغسل فيكون اداة لتفشي الداء والمصدور لا تستطاع مراقبته فهو يتفل خلسة حيث اراد دون ان يراه احد ، بيد ان رفيقه المصاب بسل بولي لا يتسنى له ان يبول

في الازقة متى اراد فاذا لم ننبه ذلك المريض لهذا الخطر الفادح واذا لم نجـدّ في تعقيم تلك التفلات واتلاف الجراثيم فيها ذهب تعبنا جزافا فكيف نتوصل الى هذه الغاية ؟ العمل سهل وهو ان نحذر المريض من البصق على الارض او في منديله وان ندعوهُ الى البصق في مبصقة او وعاء معد لهذه الغاية متى كان في بيته وان نضع في قعر هذا الوعاء مادة مطهرة واحسنها سلفاة النحاس الرخيصة الثمن ويجب ان يظل ذلك الوعاء مغطى بغطاء في الصيف لئلا يقع الذباب على البصاق فينقل ما علق بارجله الى المواد الغذائية ويكون سببا في نقل الداء الى الاخرين ·

ومتى خرج المريض من بيته وسار متنزها وجب عليه ان يضع في جيبه مبصقة خاصة يبصق فيها وهذا الامر لا يجوز التساهل بهِ مطلقا · وتفرغ المبصقة كل يوم في المرحاض ولا يجوز افراغها على الارض قريبا من البيوت متى كان المريض في قرية لئلا نقع في الورطة الاولى التي كلمتكم عنها ويفضل افراغ المبصقة في وعاء خاص واغلاء محتواها وتعقم المبصقة نفسها بالاغلاء ·

وعلى المسلول ان يغسل فمه مرات عديدة في اليوم وان يتحاشى تقبيل اهله واصدقائه وعلى الرجل ان يحلق ذقنه وشاربه ايضاً لئلا يكون شعرهما محشراً للجراثيم وتفرز للمسلول اوانٍ خاصة بهشوكته وملعقته واطباقه وسكينه ومنشفته وقدحه وبكلمة مختصرة جميع ما يحتاج اليه وتعقم هذه كلها بالاغلاء بعد كل استعمال ·

اننا اذا صنعنا هذا نكون قد قضينا على السل في مهده وحاربناه في وكرهِ · قلت ايها السادة ان هذا اس الوقاية وذكرت لكم ان امراً آخر لا بد من الحاقه به فما عساه ان يكون ياترى ؟

هو ايجاد مناعة في الاشخاص المعرضين للسل . ومن هم المعرضون ؟ كل منا معرض لهذا الداء غير ان درجة التعرض تتفاوت واكثر الناس تعرضاً المضعفون والناقهون من الامراض العفنة ومدمنو الكحول والولدان المولودون من آباء وامهات مسلولين اما الفئة الاولى فعلينا ان نبعد افرادها عن مواطن الداء والا ندعهم في المستشفيات التي يقطنها المسلولون وان نبعث بهم الى القرى النقية الهواء ريثما يعود اليهم نشاطهم ويستعيدون قواهم فيكون لهم من كرياتهم البيضاء اكبر مدافع وامنع حصن .

واما الولدان هوءلاء المخلوقات الصغيرة الاجساد اللطيفة الرئات الذين يولدون وفيهم للسل استعداد شديد فكيف نقيهم غائلته وندرأ عنهم شر عدواه ؟

كانوا فيما مضى يبعدون الطفل عن امه وابيه ويحرموه عطفهما ويبعثون به الى القفر كما يصنعون اليوم بالناقهين من الامراض العفنة والمضعفين ، كانوا يمنعون المشبوهين عن تقبيل اولئك الاطفال والاقتراب منهم ، كانوا يجتذبون كناسة الدور التي يسكنونها ويمسحون الغبار عن اثاثها مسحاً ، كانوا يقوون اولئك الصغار بجميع انواع المقويات . اما اليوم فقد اوجد لنا العلم طريقة جديدة للوقاية لم يكن يحلم بها جدودنا لقد أرسل الينا العلامتان كلمت وغرن قوارب النجاة فخلصا بها اولئك الصغار من تلك الامواج الهائجة التي كانت تبتلعهم وما تلك القوارب ايها السادة غير لقاحهما الواقي انهما به قد انقصا الوفيات من ٢٥ في المائة كما دلت الاحصاآت في فرنسة وانكلترة والمانية الى اقل من واحد في المائة فياله من نجاح باهر . ومتى عرفنا ان طريقة التلقيح سهلة للغاية

فهي ان يوءخذ مقدار سنتغرام من مستحلب اللقاح المحضر في مستوصف باستور ويمزج بالحليب ويعطاه الطفل وان تعاد الجرعة نفسها كل يومين اي في الأيام الثالث والخامس والسابع من ولادته ادركنا ان الامر سهل الاجراء لا يحتاج الى عناء كبير ٠

ولكن من عساه يقوم بهذه الاعمال ، من تراه يعتني بالمسلول مهما كان نوع سله عظمياً او مفصلياً او عقدياً او معوياً او بولياً او رئوياً من تراه يرعى اولئك الامهات المسلولات ويوجد في اولادهن المناعة على تلك الجراثيم القتالة بعد ولادتهم ان لم تكن المستشفيات والمصحات ومن عساه ينشيء هذه وهي تحتاج الى اموال طائلة ومعرفة واختبار ان لم تكن الجمعيات ٠

اجل ما من فرد يقوى على القيام بهذه المشاريع الجليلة الفائدة ولكن على الفرد ان لم يقم بها ان يشترك بها عليه ان يعلم ان كل بارة يعضد بها هذه المشاريع يكون قد صرفها في سبيل وقايته ووقاية اهل وطنه وعليه ان يثق ان الدرهم الذي يهديه الى هذه الجمعيات القائمة بهذه المشاريع هو انفع درهم يصرف في هذه الحياة ٠

انني اكبر عمل هذه الجمعية الكريمة واعد مشروعها من اعظم مشاريع هذه البلاد لان عظمة الامر تقاس بفوائده وهل اعظم من الفائدة التي توجه الى كبح جماح مرض وبيل كالسل ٠ ان العالم جميعه قائم قاعد بجيش جيوش الاطباء والكيماويين لمكافحة هذا الداء ولم يتوصل حتى الآن الى التغلب عليه فاذا قامت بين ظهرانينا فئة تنهج هذا النهج القويم ، اذا ما دفعتها الحمية والغيرة على تخليص مئات الالوف من ابناء هذا الوطن العزيز الى الاشتراك بهذا الجهاد

المقدس كان علينا ان نهلل باسمها وان نمد اليها يد المساعدة ، كان على التلميذ في مدرسته ان يقتصد مما يعطاه لمصروفه الخاص و يبعث به الى جمعية مكافحة السل كان على التاجر ان يخصص من ارباحه شيئاً ولو زهيداً ليهديه الى هذه الجمعية ، كان على المتمول ان يهب بلا حساب بعض ما يخزنه في صناديقه من النضار لهذه الفئة المجاهدة واذا ما فعلنا ذلك اثبتنا ان الحياة تدب في عروقنا و برهنا للناظرين الينا وهم على شك من تطورنا العقلي اننا امة تدرك للحياة معناها وتفهم ان في مقدمة الامور مكافحة الامراض وتقوية السواعد التي تعقد عليها الوية الاستقلال الذي نطمح اليه بكل جوارحنا فلا تصموا آذانكم ايها السادة عن نداء هذه الجمعية الكريمة بل اعضدوها لان في نجاحها نجاح بلادكم وفي فلاحها فلاح امتكم ونجاتها من عدو شديد المراس والسلام عليكم وعليها .



قياس طول قنوات الجذور وحشوها

للحكيم نجاة ابرهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحتها

سبق لنا ان عرفنا من المقال السابق عن تصنيف الجذور اهميــة الانتباه لتعدد اشكالها . وقد بقي علينا ان نعلم كيفية التوصل الى قياس القنوات قبل حشوها للحصول على النتائج الثابتة في المداواة .

(١) طريقة القياس الاولى [(١)]

يعين حجم القسم القمي للقناة بآلة تدخل فيها او باستعمال مخروط من الورق تعين به نهاية القمة ويجر بعد وصوله الى الثقب . ويستطــاع تعيين طول السن تعييناً دقيقاً بالاشعة وذلك ان تدخل في القناة اسلاك خاصة مختلفة الحجوم قبل الرسم غير ان الاشعة الكهربية قلما تبين لنا طول الجذر الحقيقي وهذا مــا يدعونا الى اتباع القانون الآتي :

(ان نسبة طول السلك الى طول ظله — كنسبة طول السن الى طول ظله)

وتنظم مراقبة هذا القياس اجتناباً للرضوض الالية التي قد تصيب النسيج القمي . فتملأ الجذور حسب القانون ولا ينتظر ظهور الالم الذي يشعر بــه المريض عند حشو قناة سنه .

(١) بلايني (J. A. D. A. Blayney) جزء شباط سنة ١٩٢٨

وللسلك المستعمل طرفان : طرف قمي وطرف لقمي يوافق الاول قمة الجذر والثاني سطح السن اللقمي. يلوّن طرف السن اللقمي بعلامة تعين حدود السطح اللقمي ثم تنتخب آلة حشو خاصة يسهل مرورها في القناة المراد حشوها، وتحنى الآلة كالسلك وتلوّن عند هذا الانحناء ويجب ان يكون رأس الآلة اقصر من نهاية الجذر بـ (٣ — ٤) مم، ثم تنتخب مخاريط من الطبرخي (غوتابرخا) يعادل مقطعها المعترض مقطع قطر القسم القمي من القناة على ان يكون طولها كافياً. واذا الصق هذا المخروط بالآلة يجب الا يتجاوز مجموع طولهما -- من رأس المخروط حتى انحناء الآلة -- طول السن المقدر، ثم توضع هذه الآلة مع المخروط الملصق بها باعتناء على طبق حيث تكون معدة للاستعمال.

(٢) طريقة القياس الثانية [1]

او

طريقة القياس بمقياس كرّ (Kerr) الجديد

هذا المقياس آلة معدنية يشبه شكلها مسكة الابر التي يستأصل بها اللب وتمتاز عنها بكونها مدرجة درجات يعين بها طول القنوات تعييناً دقيقاً بالملمتر وهي مفتوحة الوسط وهذا ما يسهل قراءة الدرجة والرقم الذي تقف عنده الابرة المراد قياس القناة بها بعد وصولها الى رأس القمة ومخروطة الطرف يسهل دخولها في حجرة اللب حيث يستند طرفها الى كتف تبنى خصيصاً له على قاعدة القناة الجذرية

(١) غروف (Dental Cosmos Grove) جزء آذار سنة ١٢٩١

درجات هذه الطريقة العملية

١ً — بناء الكتف افتح في حجرة اللب بسنبلة مقطوعة الطرف وابن بها كتفاً في القسم العلوي من قناة الجذر ·

٢ً — قياس طول القناة : ضع ابرة القياس في قبضتها وادخلها في القناة ودع الآلة تستند الى الكتف المبنية فيقسم القناة العلوي ، ثم ارسم السن بالاشعة فاذا وصلت الابرة الى القمة سجل الرقم المسطر على قبضة الآلة الذي وقفت عنده فهو يبين لك طول القناة الحقيقي ثم ثبت جميع الات القياس المراد استعمالها في تنظيف تلك السن على الرقم المعين لتلك القناة فلا تتجاوز قمة الجذر مطلقاً لان الكتف المبنية عند مدخل القناة تمنعها عن اجتياز الحد المطلوب ، وهذا ما يحملنا على تفضيل هذه الآلة على سواها في جميع الاعمال التي تجرى على قناة الجذر كفتح القناة وتوسيعها واعدادها للحشو وحشوها ايضاً لان القناة تحشى بها حشواً تاماً حتى الملتقى العاجي الملاطي ·

٣ً — انتقاء الابر الموسعة بموجب خارطة الاستدلال : تبين بعد التدقيق الحديث في عدة آلاف من قنوات الجذور ان موسعات كر المخروطة ذات الارقام (١٧ و ١٨ و ١٩ و ٢٠) توافق تمام الموافقة اقطار القنوات من قمتها الى بعد ٧ مم عنها ، وهي مقطوعة بطول مناسب ومعادل للطول التقريبي لقنوات الجذور ·

فعلى طبيب الاسنان ان ينتبه لخارطة الاستدلال المرسومة ادناه فهي

تساعده على معرفة طول القناة التقريبي وانتقاء موسعة مناسبة لها .

✻ خارطة الاستدلال ✻

الاسنان	طول جذورها	الموسعات المنتخبة لها
—(للاسنان العليا)—		
الاسنان	طول جذورها	الموسعات المنتخبة لها
الثنايا	~ ١٢ مم	رقم ٢٠
الرباعيات	⩽ ١٢ مم	رقم ١٩
الانياب	١٧ مم	رقم ١٩
الضواحك الاولى	١٢ مم	رقم ١٨
الضواحك الثانية	⩽ ١٣ مم	رقم ١٩
الارحاء الاولى	⩽ ١٢ مم	رقم ١٧
—(الاسنان السفلى)—		
الاسنان	طول جذورها	الموسعات المنتخبة لها
الثنايا	⩽ ١١ مم	رقم ١٧
الرباعيات	< ١٢ مم	رقم ١٧
الانياب	١٥ مم	رقم ١٧
الضواحك الاولى	< ١٣ مم	رقم ١٨
الضواحك الثانية	١٤ مم	رقم ١٨
الارحاء الاولى	١٣ مم	الجذر الامامي رقم ١٨ الجذر الخلفي رقم ١٧

فبعد انتقاء الموسعات اللازمة الموافقة لطول القناة حسب خارطة الاستدلال المذكورة اعلاه تستعمل مبارد دقيقة للحصول على قناة ملساء الجدر تطابق مخروط الذهب عند حشوها به ٠

تنظيف القنوات قبل حشوها

ان عملية حشو القناة وامر تنظيفها والاعتناء بها من اعظم دعائم النجاح في فن المداواة ٠ وحشو القنوات لا يفيد شيئاً اذا لم نتوصل الى تنظيفها والمحافظة على طهارتها المطلقة في اثناء العمل ٠ فيجب علينا اذا كنا نرغب في النجاح ان نتبع المواد الاتية :

١ً — ان تصور السن المرادة معالجتها بالاشعة الكهربية قبل البدء بالعمل لتتاح لنا معرفة اتجاه مسيرها ونوعها ولنتمكن من مراقبة الحشوة بعد العمل ونعلم ما اذا كانت ناقصة او متجاوزة الحد لان القصد من حشو القنوات سد النهايات الداخلية للانابيب العاجية سداً محكماً وزوال الاخلية بين مادة الحشو وجدران القناة لئلا تجتمع فيها السوائل وتكون بيئة صالحة للتعفن ٠

٢ً — ان يوضع الحاجز الصمغي وتمسح السن بالكحول واليود او بالمكورو كروم (mecurochrome) ثم تفتح حجرة اللب بسنبلة معقمة ٠

٣ً — ان تبني الكتف عميقة في حجرة اللب بسنبلة مطهرة مقطوعة الطرف ٠

٤ً — ان يسترشد بخارطة الاستدلال على تعيين الطول التقريبي للجذور و توضع ابرة ملساء في قبضة القياس المدرجة حتى يصل رأس الابرة الى الرقم المعين حسب الخارطة المذكورة انفاً ، و تدخل الابرة في القناة حتى تقف

القبضـــة باستنادها الى الكتف المبنية في اعلى القناة عند حجرة اللب ثم ترسم السن بالاشعة الكهربية والابرة في القناة فاذا تجاوزت الابرة حد القمة تنزع من القناة وتقصر حتى يناسب طولها طول القناة وتعاد الصورة ثانيـــة ، فاذا وصلت الابرة الى الحد المطلوب يسجل الرقم الذي وصلت اليه ثم تنظم جميـــع الابر اللازمة للتنظيف في قبضاتها و تعد للاستعمال ·

٥ً -- ان توضع في القبضة ابرة شائكة وتدخل فيها حتى الرقم المعين لطول القناة و يستأصل اللب بها فبهذه الواسطة تثبت لنا ان اللبوب قد استؤصلت برمتها حتى الملتقى العاجي الملاطي ·

٦ً — ان توسع القناة بالموسعة المنتخبة خصيصاً لها حسب الخارطة حتى تقف القبضة مستندة الى الكتف المبنية في حجرة اللب فتكون قد وصلت الى ناحية القمة ·

٧ً — و بعد ان يتم توسيع القناة تبرد بمبرد دقيق مناسب لحجمهـــا لتعود جدران القناة ملساء نظيفة فينطبق عليها مخروط الذهب انطباقاً تاماً ·

فتح القنوات الضيقة وطريقة تنظيفها : اذا كانت القناة ضيقة و كان يتعذر على الابر فتحها يستعمل الهيدرورزورسينول (hydroresorcinol) المركب من اجزاء متساوية من حامض كلور الماء (H cl) وهكسيلورزورسينول (hexylo-resorcinol) فيذيب حامض كلور ماء تكلس العاج و يوءلف مـــادة منحلة لا تعوق القناة كما يفعل حامض الكبريت بما يتركه من الرسوبات · وهـــذه المادة المنحلة تساعد الهكسيلورزورسينول (hexyloresorcinol) على الدخول تواً وملامسة الجراثيم وهي مضادة شديدة للتعفن تحمل بحاضن العاج بفعل حامض كلور الماء الذي يخترق الطبقات العميقة باذابته للمواد الكلسية ·

وهناك واسطة اخرى وهي واسطة المثقب التي تــدار كالسنابل بدولاب الحفر غير ان الطريقة الاولى لا خطر منها كالثانية . وقــد استعملت الواسطة الثانية في اكثر الحوادث رغم صعوبتها متئداً في عملي فكانت النتائج حسنــة وكنت اسأل مرضاي في مثل هذه الحوادث ان يصوروا اسنانهم بالاشعــة الكهربية لاستنير بالرسم في عملي .

حشو القنوات والمواد المستعملة في الحشو

لحشو القنوات مواد عديدة . كان السواد الاعظم من اطبــاء الاسنان يستعملون مخاريط الطبرخى مع سائل الكلوروبرخى في جميع عمليات القنوات التي استوءصلت لبوبها وهي سليمة او كانت لبوبها متغنغرة وشفيت بعد ان عولجت على انهم الان قد انشقوا اقساماً عــديدة فمنهم من يستعمل الاسمنت ومنهم من يحبذ استعمال ملغمة النحاس والفضة ومنهم من يرجح الذهب الذي سينال مركزاً رفيعاً في فرع المداواة الحديثة كيف لا وهو يتصف بصفات ترجحــه على سواه كسهولة حشو القناة به دون ان يطرأ على شكله اقل تبدل او اعوجاج كما يحدث في مخاريط الطبرخى حين ادخالها وعدم تلطيخه للاسنان كما هو الامر في بعض المعادن المستعملة في الحشو ولهذا انتخب الدكتور غروف مخاريط الذهب فـي حشو القنوات مبينا افضليته على سواه من المواد حتى مخاريط الطبرخى ايضــاً لصلابته التي تمنعه عن الاعوجاج حين ادخاله ولامكان تعقيمــه بالحرارة او بالوسائط الكيميوية ولقياسه على حجم الموسعات المستعملة في تنظيف القنوات وقياسها ، ويتصف الذهب بخاصتين الصلابة والانعطاف معاً فهو يسير باتجــاه القناة اذا كانت ملتوية ولا يتأثر من المفرزات الراشحة مطلقاً .

ويستطاع اخراج هذه المخاريط الذهبية من القناة قطعة واحدة متى مست الحاجة اما مخاريط الطبرخي فيصعب استخراجها · ويرى الذهب بالاشعة الكهربية ايضاً · ويرجح استعمال النوروليت (neurolite) في القناة بدلاً من محلول الكلوروبرخي وهي مادة راتنجية صمغية القوام لا تنفذها السوائل الراشحة وتوضع في حجرة اللب بمص خاص · فتسد فوهات القنيات العاجية لجدار القناة · واول من ذكر هذه المادة الدكتور ناب (Karl w. Knapp) واظهر قيمتها وهي تعرف باسم (condensite) ذراتها متلاصقة لا تخرقها السوائل مطلقاً وتسد انابيب العاج سداً محكماً حتى انها تمنع الجراثيم وذيفاناتها عن دخول الناحية حول القمة · وهي المادة الوحيدة التي يسمح لها النسيج حول القمة بالمرور لانها غير مخرشة للنسيج ·وهي بطيئة التجمد تترك للطبيب مجالا كافيا لإتمام عمله حتى في اصعب العمليات واطولها ·

واما الدكتور بكلي وقسم كبير من انصاره فانهم يستعملون مستحضر الدنتينويد (dentinoid) الذي ذكرته في مقال نشر في الجزء التاسع من المجلد الخامس من هذه المجلة تحت عنوان « صيانة حياة لب السن من خطر النخر العميق » وهم يستعملونه بعد مزجه بكحول درجتها ٩٥ مع ابر من الرصاص لحشو القنوات الجذرية وترى حشوته ومخروط الرصاص واضحين بالاشعة الكهربية ولا تضر هذه المادة بالنسج كما بينت ذلك في المقال السابق ويستطاع استعمالها في جميع انواع المخاريط كالطبرخي والرصاص وسواهما ·

شروط النجاح في حشو القنوات

لا بد من توفر الشروط الاتية متى اريد حشو القناة حشواً تاما :

١ً — ان تدخل مادة الحشو بتأنٍ فائق وتقرب باحكام من القطعة الحيوية الباقية في القناة دون ان تحدث ادنى ضغط للنسيج اللين ٠

٢ً — ان تملاء القناة جيداً وتسد سداً محكماً تلك النقطة حتى ارض حجرة اللب ٠

٣ً — الاّ تتجاوز مادة الحشو ثقب الجذر وان تصل حتى الملتقى العاجي الملاطي ٠

واما الادلة التي تبين لنا استعداد القناة لقبول الحشوة فاليكها :

١ً — الا تكون السن سريعة العطب او حساسة عند القرع الخفيف عليها بآلة معدنية ٠

٢ً — ان يكون الضماد الاخير الذي ضمدت به القناة جافاً عند انتزاعه منها لا لون ولا رائحة له ٠

٣ً — يجب ان تحضر القناة آلياً لقبول الحشوة ومعنى ذلك ان تدق بالتتابع من حجرة اللب حتى ناحية القمة ٠

٤ً — يجب ان تكون الاسنان المجاورة للسن المراد حشو قناتها سليمة ٠ فاذا وفر ما ذكرناه من الشروط تحشى القناة في الحال ٠

حشو القناة بالطبرخي

حشو القنوات الواسعة : — حشو هذا النوع من القنوات يستدعي التدقيق لان ثقبها القمي يكون واسعاً فيخشى من مرور الحشوة الى خارجـه والاضرار النسيج المحيط بالقمة ، ولهذا يرجح البعض حشو القناة الواسعة بمخروط واحد ن الطبرخي مناسب لحجمها غير ان البعض الآخر يحبذ الطريقة الاتيـة لحسن نتائجها ٠

يرطب السطح العاجي في باطن القناة بادخال رأس مخروط من الورق

المحفوظ بالاوكليبتول ولا يناسب مطلقاً ان يكون السائل كثيراً ، ثم يحمل مخروط الطبرخى المناسب بحجمه لحجم القناة حسب المقايسة المارة الذكر في الطريقة الاولى ويدخل في القناة الى العمق المطلوب ويرص بلطف ثم تدار الالة ببطء نحو ربع دورة الي اليمين واليسار حتى نتأكد انها انفصلت عن مخروط الطبرخى ، ويملأ الباقي من القناة بدمج قطع صغيرة من المخاريط تسخن قليلاً على اللهيب ويجب ان تضغط اكثر من ذلك لتكثف ويكون مقدار الحصول على كثافة مادة الحشو في القناة متجانساً ويجب ان يزداد قطر الالة والمخروط كلما اتسعت القنوات ·

وقد نجح بليني باتباعه هذه الطريقة العملية ورأى نتائجها حسنة في حشو جذر اكمل سده بمادة الاملاء وفضلها على املاء القناة بمخروط واحد طوله كطول القناة ·

ولا يخفى ما قد يحدث من استعمال الكلوروبرخى في القنوات المتسعة الثقوب متي تجاوز الحشو حده فاجتناباً لذلك انتخب مخروط الطبرخى المراد ادخاله اولاً موافقاً بحجمه تمام الموافقة لحجم ثقب القمة ليسدها سداً محكما وعلى الرغم من كل هذا فقد يتجاوز الحشو حده ·

فعلى طبيب الاسنان ان يسعى جهده الى اجتناب هذه الحالات بمراقبة القياس مراقبة دقيقة كما مر ·

حشو القنوات الضيقة : تحشى القنوات الضيقة بعد توسيعها كما ذكرنا بادخال مخروط صغير دقيق يوافق حجمها وتسد كما مر وصفه · واما القنوات التي لا يستطاع توسيعها لضيقها عن استيعاب ادق الالات فيكتفى بوضع بضع

قطرات من محلول الكلورو برخي عند فوهتها وادخاله بابرة دقيقة وذلك بادخال الابرة وجرها مرات حتى نتأكد ان المحلول قد دخلهاثم تضغطقطعة من الطبرخي المسخنة على اللهيب وترص رصاً جيداً فتدفع المحلول في القنـاة ويكون الحشو حسنا حينئذ ·

حشو القنوات بالذهب

(طريقة حديثة)

توضع كمية قليلةمن مادة النورولايت المارة الذكر في حجرة اللب بمص وتدفع في القناة · وينتخب مخروط ذهبي يوافق حجمه تمام الموافقة حجم الابرة المعين بموجب خارطة الاستدلال والقياس المـأخود بقياس كرّ ثم يربط المخروط بقبضة القياس ويدخل في القناة فيدفع النورولايت الى ناحية القمـة ، ولا حاجة الى وضع كمية وافرة من النورولايت لان الذهب يلامس جدار القناة تمام الملامسة من قمتها الى بعد ١ مم عنها · والقصـد الاساسي من النورولايت هذه ختم منافذ القناة وتثبيت مخروط الذهب · ثم يملأ ما بقي من الحفرة بالاسمنت فيكون الحشو قد انتهى واذا مست الحاجة الى انتزاع هذه الحشوة بعد مدة فيسهل اخراجها بالحرارة وذلك بوضع آلة محمية على مخروط الذهب الكائن في القناة فتميع النورولايت حوله ويجر المخروط قطعة واحدة · والنورولايت الباقية في القناة يستطاع ازالتها بسهولة بالموسعات ·

مقتطفات حديثة

ملخصة بقلم الاستاذ شوكت موفق الشطي

الاستفقاع (La phlycténothérapie.)

تقوم هذه الطريقة بحقن تحت الجلد بالمصل المستحصل من الفقاعات المحدثة باحدى المواد الكاوية (الذراريح ، الحروق ، النشادر .. الخ)

طريقة العمل : يجب ان تكون قياس الذراحة في الاطفال ١٠ — ٣٠ سم مربعاً وان توضع عليها طبقة من القطن . واما في الكهول فيجوز ان يبلغ قياس الذراحة ١٠٠ سم مربع . توضع الذراحة في قسم من الجسد أمرد او محلوق غير معرض للضغط او الرضوض لئلا تتمزق وتترك ثماني عشرة ساعة . يبزل القسم العلوي من الفقاعة ويستنشق سائلها بمحقنة من البلور تستوعب ١٠ — ٢٠ سم٣ مجهزة بابرة غليظة ويحقن به تحت جلد البطن او الصدر او الفخذ . وتكرر الحقنة على ان تكون الفاصلة بين الحقنتين الاولى والثانية ٨ — ١٢ يوماً .

وصف المصل المكون في الفقاع وتحليله : هو مصل ليموني كدر قليلاً في كل لتر منه ٥٠ — ٦٠ غراماً من الآحين و ٦ — ٧ غرامات كلورور ، تفاعل ريفالتا فيه ايجابي يتركب نسيجياً من كريات بيضاء كثيرة النوى عددها بين ٦٠ — ٨٠ في المليمتر المكعب و ١٠ كريات بيضاء كبيرة وحيدة النواة و ٥ كريات بيضاء وسطى و بعض خلايا فارشة (اندوتليالية) وتندر الايوزينيات او الاساسيات فيه

على ان هذه الصيغة تختلف باختلاف حالتي المرض والمريض · وليس في هــذا المصل جراثيم ·

خواص هذا المصل الحيوية : اخذ من حيوانات مصابة بامراض انتانيــة وحقنت به حيوانات اخرى فنشط فيها البلعمة وزاد عدد الكريات البيضاء · واكسبها بعض المناعة

تاثيرات الاستفقاع السريرية : جربنا الاستفقاع في الدور الثاني من سل الرئة فكانت النتائج حسنة وكنا نكرر هذه الحقن ست او عشر مرات بين كل حقنة واخرى فترة معادلة لـ ١٠ — ١٢ يوماً وقد لاحظنا في هؤلاء المرضى ان الحرارة عادت طبيعية وان الاعراض الوظيفية اضمحلت اضمحلالاً تدريجيــاً (زلة ، سعال ، عرق) وعاد الاشتهاء والهضم طبيعيين ·

وكانت نتائج الاستفقاع في الامراض الانتانية الحادة كذات الرئة والنزلة الوافدة وغيرهما داعية الى التفاؤل ويجب ان ينتبه للبول وان يفحص كيماوياً فان ظهور الآحين فيه مانع لاستعمال الاستفقاع لذلك فاستعــال ذراريح لا يتجاوز قياسها خمسة سنتمترات مربعة واجب على ان تكرر الحقنة مرة كل خمسة ايام وقد اوصى مودنيوس بحقن الاطفال المهددين بالحصبة بمصل فقاعات محدثة في اشخاص ناقهين منها اذ تبين له انها تكسب المناعة بضعة اشهر فيستنتج مما اسلفناه ان هذه الطريقة الحديثة لا تزال في بدئها وسيأتي يوم يسطع به ضياؤها فتكسب مهنة الطب سلاحاً جديداً ماضياً في الامراض العضالة يساعد الطبيب على تخفيف ويلات المريض ·

مداواة طلائع الانقباض (Extrasystoles)

أ -- تنجم طلائع الانقباض من افات وظيفية او من انعكاسات (reflexes) سببها ابتلاع الهواء (aérophagie) ، عسر الهضم ، نقرس ، حالة عصبية .

١ً -- يحمى المريض حمية معتدلة فيجتنب الشحوم والاطعمة الدهنية والحامضة والنية والنشائية والطحينية واللحوم المقددة

يبطىء في الطعام ويمضغه مضغاً جيداً ، لا يشرب من الماء الا كأساً واحداً اثناء الطعام ويشرب حين انتهاء الطعام فنجاناً كبيراً من منقوع اليانسون النجمي

٢ً -- يجتنب التدخين وتناول الاشربة الروحية والشاي والقهوة والارهاق

٣ً -- يقنع المريض انه لا اثر للمرض في قلبه .

٤ً -- يوصى بالاستشفاء بالماء الفاتر .

٥ً -- يتناول خلال عشرة ايام حين اليقظة صباحاً وقبل النوم مساء فنجاناً كبيراً فيه ماء فاتر مضاف اليه ملعقة قهوة من المسحوق الاتي :

كبريتاة الصودا (sulfate)
ليمونتاة الصودا (citrate)
فوصفاة الصودا (phosphate)
ثاني فحماة الصودا (bi-carbonate)
} من كل ٥ غرامات

سكر اللبن (lactose) ١٨٠ غراماً

يتناول المريض المسحوق المذكور في الايام المقبلة العشرة يوماً بعد يوم اي انه ياخذ المسحوق يوماً ويتركه يوماً اخر ولا يستعمله في العشر الثالث من الشهر الا يومين في الاسبوع .

٦ً – يعطى في الايام العشرة التالية من الشهر المذكور كل يوم حبة من الغاردنال (gardénal) فيها سنتغرام واحد منه ·

٧ً – يعطى في الايام العشرة التي تعقبها ثلاث ملاعق قهوة اثناء الطعام من الشراب الآتي :

بروموز الصوديوم	١٠ غرامات
شراب قشر النارنج	٣٠٠ غرام

ويعطى بعدها مدة عشرة ايام حبة بعد كل طعام بساعتين في كل منها ٠،١٠ خلاصة حشيشة الهر (Ext. de valériane) ويشرب بعدها فنجاناً من منقوع ورق النارنج

ب – وقد يكون سبب طلائع الانقباض آفة قلبية (التهاب الحجاب الواقع ما بين الاذينتين والبطينين)

١ً – تعالج كالسابق ويضاف الى المعالجة السابقة استعمال كبريتاة السبرتئين ٠،٠٥ (sulfate de spartéine) تؤخذ حبتان منه في اليوم ·

٢ً – او تستعمل حبوب من الكينيدين في كل منها ٠،٢٠ على ان يعطى منها في اليوم ثلاث حبات حبة قبل كل طعام وذلك مدة اسبوع ثم يستريح المريض خمسة ايام ويعود الى استعمال الكينيدين او السبرتئين وهكذا دواليك

٣ً – يحمى المريض حمية معتدلة على ان يتناول اللبن يوماً واحداً في الاسبوع ·

٤ً – يمشي الهوينا ويتنزه في السهول

٥ً — يستعمل صبغة العنصل فيأخذ منها ستين قطرة موزعة على ثلاث مرات في اليوم ·

٦ً — يستعمل الثئو برومين (théobromine) فيعطى منه ٥ ، ١ في اليوم في ثلاث برشانات ·

٧ً — اذا كان المريض مصاباً بالزهري دولج معالجة نوعية ·

الارغوسترين المشعع (l'ergostérine irradiée)

كثر البحث في السنة الماضية عن الارغوسترين واخذ المتقصون يدققون في فوائده واستطباباته وجهزت منه مستحضرات خاصة لقبت باسماء مختلفة حسبما ترآى لمجهزيها (اراسترين بيلا « Irrastérine Byla ») اوفسترول اوفه (Uvesterol Uvé) وفيغنتول مرك (Vigantol Merck)

عرف منذ عهد قديم ان زيت كبد الحوت نافع في الخرع (rachitisme) وقد اوضحت ابحاث عامي ٢٧ و ٢٨ ان في زيت السمك حيويناً (فيتامين) وان نفعه في الخرع ناجم من احتوائه على المادة المذكورة · وقد جرب بعض المؤلفين معالجة المخروعين بالشمس لما لاشعتها مافوق البنفسجية من الفائدة · وقد اصبح زيت السمك واشعة الشمس او اشعة مافوق البنفسجي منذ ذلك الحين افضل العلاجات في الخرع ·

ثم بحث المتتبعون فظهر لهم ان اشعاع بعض الاطعمة والزيوت باشعة مافوق البنفسجي يكسبها خواص مضادة للخرع فسهلت معالجة المرض المذكور

سهولة عظيمة وعاد شفاء المخروع بعلاجات يعطونها بطريق الهضم امراً مستطاعا

وقد ثبت لوندوس (Windaus) ان الاشعاع بالاشعة المذكورة يحول طليعة الفيتامين (provitamine) في بعض الاطعمة والزيوت الى فيتامين مضاد للخرع وان زيت السمك يحوي الفيتامين لا طليعته فهو مفيد اذن بدون اشعاع . وقد بدا لو يندوس ان خلاصة الجويدار المهمازي (ergostérine) متى أُشعت اصبحت فيتاميناً فأشعها واستعملها في جرذان معرضة للخرع باطعامها اطعمة خاصة فاتضح له ان عشر الميلغرام يكفي لوقاية الجرذ من الخرع فاعلن منذ ذلك الحين ان الارغوسترين المشعع هو فيتامين (د) المضاد للخرع .

جرب الفيغنتول في ٢٥ طفلاً مخروعين اعمارهم بين ٣ — ٩ اشهر فتم لهم الشفاء باستعمال ١ — ٤ ميلغرامات يومياً منه .

ويعتقد جيروغي (Gyrogy) ان فائدة الفيتامين (د) لا تنحصر في الخرع الطفلي بل في التكزز (tétanie) الحقيقي (مرفن) ولين العظام (ostéomalacie)

وقد ذكر جيروغي مشاهدة امرأة لها من العمر ٤٨ عاما اصيبت بلين العظام مراراً ولم يفد خزع المبيضين فيها اقل فائدة فاعطيت الارغوسترين المشعع فتحسنت حالتها في اسبوعين واصبحت قادرة على السير بعد ان كانت مقعدة .

وصفوة القول ان الارغوسترين المشعع ايا كان شكله مفيد في الخرع فهو يقي منه ويشفيه وفي التكزز (tétanie) وفي لين العظام .

وقدجرب في فاقة الدم الخبيثة وفي بعض اضطرابات الطمث وفي المولودين قبل الميعاد وفي سل الرئة فأفاد .

المقادير المستعملة : لا يجوز ان يزيد المقدار عن ٥ ملغرامات في الطفل و ١٠

ملغرامات في الكهل في اليوم الواحد لان المقادير العظيمة قد تكون خطرة ·

كيف يستعمل الارغوسترين المشعع : لا ينصح (Hess)ولو يس (Lewis) باعطاء الاطفال يوميا اكثر من ملغرام في معالجة الخرع ونصف ميلغرام في الوقاية منه ·

ويجب ان يكون المستحضر حديثا ما امكن لان القديم يفسد ·

مداواة التهاب الاوعية الصفراوية الحادة

تعرقل التهابات الاوعية الصفراوية الحادة احد الامراض العفنة فتبدو بالم في ناحية الكبد و بازدياد الحمى ، او رمل المرارة فتبدو بارتفاع الحرارة ·

المعالجة : تقوم

١ً — بالراحة في الفراش

٢ً -- باتباع حمية مائية وشرب السوائل بغزارة : ماء قراح او منقوعات معطرة : شاي ، زيزفون ، نعناع ، مليسا · ثم يتبع المريض حمية لبنية فيتجرع من اللبن المزالة قشدته لتراً فلتراً ونصف اللتر فلترين فلترين ونصف اللتر في اليوم على ان يؤخذ متقطعاً (فنجان كل نصف ساعة) · و اذا تقززت نفس المريض من اللبن اعطي لبناً خاثراً · وقد ينجم من اللبن في بعض المرضى اسهالات نتنة فيجب ابداله حينئذ بمرق الخضر او الحبوب · ويجوز ان يضاف قليل من الطحين او التيوكا او طحين العدس او الحمص الى الحساء بعد حين ثم يجوز ان يضاف الى الطعام قليل من الزبد الطري فمعقدات الفواكه و يسمح

بعد ذلك بالحمية اللبنية النباتية والطحينية

٣ – تطلى ناحيـــة الكبد بصفصافاة الاميل (salicylate d'amyle) وتستر برفادات رطبة حارة ويكرر استعمالها

٤ً — اذا لم تسكن الالام بهذه الطريقة توضع محفظة الثلج على الناحية

٥ً — ويجوز اذا كانت الالام شديدة ان يوضع في شرج المريض شياف فيها ١ ، ٠٠ مورفين او يحقن تحت جلده بـ ١ ، ٠٠ مورفين ونصف ملـغرام لفاحين (atropine)

٦ً — يعطى المريض يوميا ٥ ، ١ اوروترو بين مجزئة ثلاث جرعـات في الصباح والظهر والمساء

٧ً — يحقن شرج المريض بلتر ماء مغلى بارد ومتى خرجت الحقنة يحقن ثانية بـ ٠ ١ غرام ماء فاتر مضاف اليها غراما صفصافاة الصودا او ست قطرات لودنم وتكرر هذه الحقنة الاخيرة مرتين او ثلاث مرات

٨ً — يحقن الوريد والعضلات بحبابة سبتيسمين (septicémine) .

٩ً — يستعاض عن الاوروترو بين بعد مدة بالزئبق الحلو فيعطى منه ٠ ، ٠٥ في اليوم او تعطى الصفراء او احدى خلاصاتها

١٠ً — يثابر على هذه المعالجـــة اسبوعين او ثلاثة اسابيع اذا كان سير المرض معتاداً واما اذا ساءت الحالة العامة وكان الانتان وخيماوانحبست الصفراء فيجب التوسط الجراحي وتخفيض الطرق الصفراوية

. . . . .

الاقياء الدورية في الاطفال

قد يصاب الولدان في الطفولتين الاولى (زمن الارضاع) والثانية باقياء دورية ناكسة فيعتري الرضيع او الطفل فجأة قيء طعامي فصفراوي تنتشر منه رائحة تشبه رائحة الكلوروفورم او الخلون (acétone) · وتستمر نوبة القيء يوماً او يومين او ثلاثة ايام وقد تستمر سبعة او ثمانية ايام فلا يستقر الطعام في جوف الطفل فيهزل جسمه و يضعف وقد يموت · وقد تصحب ذلك بعض الاعراض العصبية وتخور القوى و يفقد الماء · وتنتهي نوبة القيء فجأة كما بدأت فتعود صحة الطفل الى مجراها الطبيعي وقد تتكرر النوب

تعالج هذه الحالة بـ :

١ً — اراحة الطفل في غرفة هادئة يسود فيها السكون ، نورها ضئيل ·

٢ً — يكتفى باعطاء الطفل ماء فيشي او فلس

٣ً — اذا كان هزال الطفل شديداً او خشي منه تجرى له حقن من محلول الغلوقوز قطرة فقطرة

٤ً — متى اخذ الطفل يتحسن يعطى اولاً لبنا قشدته مزالة او منقوع الخضر ويعطى اذا استمر التحسن وانقطع القيء وكانت سنه مساعدة مسحوق البطاطا فالمعقدات فطعام مركب من خضر ولبن وماء

٥ً — يعتنى بحالة مسكنه بان تكون غرفته مهواة جيداً و يعرض للشمس وان يفرك جسده بقفاز من جلد (gant de crin)

٦ً — تستعمل من الادوية ليموناة البوتاس ٢ غرام
ماء مغلى ١٢٠ غراماً

يعطى من هذا العلاج ملعقة قهوة كل ساعتين مدة عشرة ايام

٧ً — يعطى في العشرة الايام التي تليها نصف قدح من ماء فيشي قبل كل من الطعامين الاساسيين

٨ً — يثابر على اعطاء المياه القلوية

طريقة حديثة في مداواة النملة بالاستبوال الذاتي (auto - uro - thérapie)

جوزان وباليلوغ : يعتقد ج و ب ان النملة مرض ناجم من التحسس (maladie de sensibilisation) والتسمم الذاتي (النملة في المحروقين والمصابين بداء بريت وبالسرطان) ويقترحا معالجتها بحقن جلد المصاب بالبول . يؤخذ البول وتطهر خمسة سم٣ منه بقطرة فنول (phénol) ويحقن تحت الجلد به على ان يبدأ بنصف سنتمتر مكعب فسنتمتر مكعب فسنتمتر ونصف السنتمتر فسنتمترين فثلاثة فخمسة . وقد عولج مرضى بهذه الطريقة فبرئوا جميعاً

داء الذئب الاحمراري وملاح الذهب

عالج الحكماء هودلو ورابو وغكس مريضا مصاباً بداء الذئب الاحمراري في الوجه بحقن وريده بكميات قليلة من ملاح الذهب بالكريزلبين (crisalbine) والاوروفوس (aurophos) فمات مغشياً عليه بعد ان اصيب بانزفة متعددة وقد شاهد الحكيم برونيه حادثة مات فيها المريض بعد ان حقن بالكريزلبين مرتين

ورأى مريضين اخرين مات احدهما في الشهر الاول والثاني بعد الشهر الرابع ٠ وقد وقع الموت على اثر اصابتها بانزفة متعددة : فرفرية ، نزف الفم ، قيء الـدم ، تغوط الدم ، بيلة الدم ، نزف الرحم ، نزف الدماغ ٠

احصاء عن ١١٠ حادثات سل عولجت بالذهب

استعمل الحكماء كورديه ، غيـار ، كرل التيوكريزين (thiochrysine) بمقادير صغيرة : ٠،٢٥ ، ٠ في الاسبوع ٠ وقد بدأوا اولاً باستعمال ٠،١٠ ، ٠ فـ ٠،١٥ ، ٠ فـ ٠،٢٠ ، ٠ واتموا المعالجة حتى بلغ مجموع المقدار المستعمل ٣ غرامات فكانت النتائج حسنة في بعض الحادثات ٠

عوارض المداواة بالذهب : بسيطة في نظرهم وهي غثيان وقمه وحس ثقل في الناحية الشرسوفية واسهالات وغزارة الطمث ٠ وقـد تكون وخيمـة وتوجب الانقطاع عن المداواة كالنفاط والبيلة الاحينية والتهـاب الكلية والتهاب اللثة والاسهالات الغزيرة والانزفة واليرقان ٠ وتنجم هذه العوارض من اعطاء مقادير كثيرة

لذلك يجب الا تستعمل ملاح الذهب في من كانوا مصابين بالتهاب الكلية او ببيلة آحينية بسيطـة مستمرة او بكباد (مرض كبد) او في من كانت امعاؤهم متقرحة ٠

مطبوعات حديثة

سفر التكوين

هو كراس يقع في ٦٤ صفحة بحث فيه مؤلفه الغني عن الشهرة الاستاذ جبر ضومط بحثاً نظرياً فلسفياً عن كاتب هذا السفر وقد صدره برسم رئيس الجامعة الاميركانية في بيروت الدكتور بيرد ضودج وبمقدمة موجزة مبيناً فيها ما لهذا الاسرة من الفضل على الجامعة ·

الخواطر العراب في النحو والاعراب

هو كتاب مدرسي يبحث في علم النحو سلك مؤلفه الاستاذ جبر ضومط في تأليفه مسلكاً مبتكراً مزيلاً الخشونة التي تحوق بهذا العلم ومعيداً اياه سهل المنال لذيذ المطالعة طبعه في المطبعة الادبية في بيروت على ورق صقيل وبرزت منه الطبعة الثالثة في السنة ١٩٢٨ الامر الدال على رواج الكتاب وتهافت الطلبة عليه · ولا عجب اذا قابل العالم العربي هذا المؤلف بما يستحقه من الاعجاب ومؤلفه الرجل الذي اشتهرت ابحاثه في البلاد الناطقة بالضاد فالى حضرة المؤلف اخلص تهانينا بمؤلفه الجزيل الفائدة ·

الفصادة البيضاء (La saignée blanche)

هي عنوان مجلة يصدرها عن نيويورك محل The Denver Chemical Manufacturing Company تتناول الابحاث الطبية القيمة المختلفة وتطبع باللغات الفرنسية والانكليزية والالمانية والاسبانية والايطالية والبرتوغالية والصينية واليابانية وقد كنا نتمنى لو ان اللغة العربية التي ادت للطب في عصر حضارة

العرب خدمات جليلة تقصر عنها اكثر اللغات التي تطبع بها هذا المجلة قلنا كنا نتمنى لو ان لغتنا نالت حظوة في اعين مدراء هذا المعمل الكرام فاصدروا هذه المجلة باللغة العربية ووزعوا اجزاءها في البلاد العربية مكتوبة بلغة الضاد اذن لكان يقبل الاطباء والصيادلة على قرائتها بلهفة وشوق ولو كان معظمهم يحسن بعض اللغات الاجنبية ولعلهم يفعلون هذا ·

والمعمل مستعد لارسال اجزاء هذه المجلة النفيسة على صغرها مجاناً الى جميع الاطباء والصيادلة الذين يرغبون في مطالعتها ·

الدكتور
مرشد خاطر



الجزء ٩ — المجلد ٦

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٢٩ م · الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٧ هـ

جزء خاص بضنك البحر المتوسط

سألت مجلة التذكرة الطبية (Bulletin Médical) التي تصدر عن باريس الدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهد دمشق على اثر انتشار الضنك في سورية ولبنان ومصر ان يتولى انشاء احد اجزائها ويجمع فيه اراء الذين شاهدوا وافدات الضنك في هذه البلدان فقام بهمته حق القيام ودبج جزءاً صدر في الرابع عشر من ايلول سنة ١٩٢٩ · ولما كانت الابحاث التي طبعت فيه قيمة يحسن بقراء مجلة معهدنا الكرام الاطلاع عليها رأينا ان نخصص هذا الجزء لنشر هذه المقالات الممتعة بعد ترجمتها عن اللغة الفرنسية

« رئيس الانشاء »

تمهيد

بقلم الدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهد دمشق
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

نشرنا في شهري تموز وآب المنصرمين جزءاً من مجلة الطب وعلم الصحة درسنا فيه داء المتحولات (amibiase) درساً مجملاً واستعنا في انشائه بالاطباء السوريين فقط · ونحن ننشر الآن هذا الجزء مستقين مواده من اطباء بلدان

ثلاثة كان لها مجدها الزاهر في التاريخ من اثينا عاصمة اليونان ودمشق عاصمة الامويين والقاهرة عاصمة مصر راغبين في جعل اتحاد طبي بين هذه المدنيات الثلاث التي كان لها القسط الاكبر في المدنية الحاضرة بعد ان لعبت التجارة والعلوم والفنون دورها في توحيد هذه الاقطار وانا نغتنم هذه الفرصة موجهين الى موءازرينا الكرام اخلص عواطف شكرنا لما جادوا به علينا من الافكار السديدة كيف لا وهم يقدرون فائدة هذه المبادلة الفكرية قدرها و يذكرون المقام العلمي الرفيع الذي بلغته بلدانهم في العصور السالفة وما كان لها من الاثر في علوم الغرب الحاضرة كما انهم لا ينسون ما للعلم الغربي ولا سيما الفرنسي في يومنا من التأثير في مدنيتهم ٠

وموضوع عملنا المشترك الذي نشرع به الان هو ضنك البحر المتوسط الذي كان يغشي حيناً بعد آخر مصر واسية الصغرى و اليونان حتى اسبانية وشواطئ افريقية الشمالية ٠ وغايتنا التي نسعى وراءها هي تعيين الصفات التي يتصف بها هذا الضنك ومقابلتها بصفات اضناك البلاد الحارة الاخرى لاننا نرى ان الابهام محيط بهذه القضية وان طرحها على بساط البحث لتنجلي دقائقها امر لا مندوحة عنه ٠ فهل الضنك الذي نشاهده على ضفاف بحر الروم هو الضنك الذي يغشى الهند واميركة وجزر اوقيانية ؟ سوءال نراه في تضاعيف المقالات التي جادت بها عقول زملائنا الكرام ولا نرى بداً من ابداء رأينا فيه فنقول: اذا ما تصفحنا التاريخ الطبي وجدنا ان الضنك كان يظهر بالخاصة على ضفاف بحر الروم الشرقية في سورية وتركية ومصر واليونان وكان ينتشر منها الى الشرق احياناً غير ان اشد انتشاره كان الى الغرب متبعاً في سيره طرق المواصلات البحرية

كما هي الحال في الامراض الوبائية المنتقلة بالملامسة من الانسان الى الانسان ان الوافدات التي غشت بلداننا هذه كانت سريعة حتى انهـا كانت تشل المواصلات في المدن الكبرى (ساكورافوس ، مرشد خاطر) وتخيل الى الناظر اليها ان العامل المرضي في هذا الوباء راشح ينتقل من المريض الى السليم انتقالاً سريعاً وينتشر انتشاراً هائلا شبيهاً بانتشار عامل النزلة الوافدة دون ان يتصف بالخطر الذي تتصف به هذه (ساكورافوس ، مرشد خاطر ، سامي بك) .

فهذا كله يضاد تمام المضادة الفكر السائد اليوم والقائل بانتقـال الضنك بالبعوض لان البعوض يظهر ويموت في المكان الذي بدا فيه ولا يجوب البلدان كما يفعل السنونو . واذا جاز لنا ان نسلم بانتقال الضنك بالبعوض كان علينا ان نسلم ايضاً بانتقال هذا الجيش اللجب منـه لنعلل به انتشار الضنك من الجنوب الى الشمال في اسيـة الصغرى ومن الشرق الى الغرب ومن الغرب الى الشرق في ارجاء البحر المتوسط كافة .

ورب معترض يقول بما ان الضنك يتبع طرق المواصلات البحرية افلا يحق لنا ان نسلم بانتقال البعوض بالبواخر ونقله المرض الى الاصحاء في تلك البلدان التي رست في موانيها هذه الجواري ؟ اجل هذا مستطاع اذا نحن سلمنا بانتقال مليارات المليارات من هذا البعوض لنعلل به مئات الوف الاصابات في المدينـة الواحدة خلال اسبوعين او ثلاثة اسابيع او اذا نحن سلمنا بسفر مريض في احدى البواخر ومهاجمة البعوض له بالالوف والملايين فور وصوله ونقلها العامل المرضي منه الى الاصحاء . لا نجهل ان البعض قالوا بان جيوش البعوض كانت لجبة في اثينا حين انتشار الضنك فيها في صيف سنة ١٩٢٨ (بلن ، كومينو بتروس) غير ان

البعض الاخر اثبتوا ان البعوض لم يكن حين انتشار وافدة الضنك في بلدانهم باكثر عدداً من السنوات الاخرى كما في الاسكندرية (مدام بانايوتاتو) وفي دمشق (مرشد خاطر، سامي بك) سنة ١٩٢٧؛ وعدا ذلك فقد غشا الضنك في سورية بلاداً واقعة في جبال مرتفعة قلما يعيش بها الناموس وفي فصول باردة لا يقوى البعوض على تحمل بردها (مرشد خاطر) ونزيد على ذلك ان البعوض سواء أكان عديداً ام قليلاً يبدو في صيف كل سنة وفي الاماكن نفسها والامراض التي ينقلها تظهر ايضا بظهوره فهي فصلية مثله بيد ان ضنك المتوسط لا يتصف بهذه الصفة لانه متقطع الظهور يبدو سنة وينقطع سنوات (ساكورافوس، مرشد خاطر) .

لا نجهل ايضاً ان اختبارات بلن وكومينو بتروس اللذين نقلا بعوضاً ارقش (stégomya) ملوثاً من اثينا الى جزيرة ميرابلو شرقي جزيرة كريت الى مكان منفرد بعيد عن المواصلات التي قد تنقل اليه العدوى ولقحا به اشخاصاً بقصد الاختبار تثبت ان الضنك ينتقل بالبعوض وان تكن هذه الاختبارات قد اجريت في اليونان قريبة من الامكنة الموبوءة . غير ان نجاح هذه الاختبارات لا يجلو الامر المظلم الذي نعالجه . فان بلن وكومينو بتروس وغيرهما من المختبرين الموءازرين قد نقلوا الضنك بحقنهم الاصحاء تحت الجلد بمصل المرضى وماوخز البعوضة التي لوثت خرطومها بدم المريض الملوث الا نوع من الحقن تحت الجلد قامت به البعوضة عوضاً عن ابرة المحقنة . فلا يثبت هذا اثباتاً جازماً ان الضنك ينتقل بالبعوض والبراهين التي ذكرناها آنفاً لا تزال دامغة تثبت العكس . واخيراً نقول ان نوع البعوض الذي تقع عليه تهمة نقل الضنك في اثينا هو البعوض

الارقش (بلن ، كومينوبتروس) بيد انه في سورية الكولكس (غراهم وعرداتي)

كل هذا يبين لنا ان سبب الضنك وطرق انتشاره لا تزال مجهولة وان فيها اموراً غامضة لا بد من كشفها . والاطباء الاثينيون ليسوا متفقين جميعهم فان كلاميانوس يتعجب لان الضنك في القرية التي يقطنها لم ينتشر مع ان الناموس الارقش فيها عديد ومع ان بعض الاشخاص قد عادوا من اثينا مصابين بالضنك وقد رأت رنه اولمن ابوستولو وجورج ابوستولو اللذان درسا الضنك في كفالا ان هذا الداء بعد ان اصاب بعض العملة الآتين من اثينا انتشر انتشاراً وبائياً راعبا على الرغم من جميع الاحتياطات التي اتخذت في مكافحة الناموس وان شدة انتشاره وقعت في الايام الباردة حين كان البرد قد قضى على البعوض فكان يدخل البلد فيصرع سكانه جميعهم و ينتقل منه الى مدن لا اثر للناموس الارقش فيها كما كانت عليه النزلة الوافدة (grippe) في سنتي ١٩١٧ و ١٩١٨

يستنتج من هذه الآراء المتناقضة ان سبب ضنك البحر المتوسط لا يزال عليه ستار من الغموض غير ان مجموعة الاراء التي الفناها تعين بعض النقاط . منها ان ضنك المتوسط مرض يختلف كل الاختلاف عن حمى الايام الثلاثة وانه اذا كان انتقاله بالبعوض الارقش ممكنا فليس هو الطريقة الوحيدة في العدوى .

اما من الوجهة السريرية فيسير الضنك المتوسط كما يسير الداء النفاطي . والنفاط هو القاعدة المطردة(سا كورافوس ، ارافنتينوس ،مدام بانايوتاتو ، مرشد خاطر ، سامي بك) فهو نفاط خاص يختلف عن النفاط العرقي الذي يظهر في البلاد الحارة في سياق عدد من الافات وفي بدء ضنك المتوسط ايضا (سا كورافوس ، مدام بانايوتاتو ، سامي بك) . والضنك كسائر الامراض

النفاطية مسبب من عامل راشح مولع بالجهاز العصبي (ساكورافوس) وهو كالحصبة مرض مبطل للتفاعل (anergisante) (ارافنتينوس) يخفف الحقن بمصل الناقهين فيه النفاط كما في سائر الامراض النفاطية الاخرى (ارافنتينوس) فهل تنطبق هذه الصفات التي يتصف بها ضنك المتوسط على اضناك البلاد الحارة ؟ يقول لنا المؤلفون الذين شاهدوا ضنك البلاد الحارة على شواطىء البحور الكبيرة كالاوقيانوس الهادىء والاوقيانوس الاطلانتيكي والاوقيانوس الهندي انه مرض يغشى الاراضي المنخفضة اي المستنقعات · وهو حسب رأيهم مرض موضعي مصلي يبدو كل سنة في المكان نفسه ولا ينتشر الى البلاد المجاورة فهذه الصفات في الانتشار تشابه كل الشبه صفات البرداء وطرز تفشيها ·

لا يهجر ضنك البلاد الحارة اذاً المكان الذي نشأ فيه كما يهجر ضنك المتوسط · ولكن أيظهر النفاط في كليهما على السواء يا ترى ؟ ان اورماي في الصين لم يشاهد ابداً النفاط في مرضاه · وكذلك ليبولد روبرت لم يره في سيام ولاروجرس في الهند ولافسال وبروشه في تونكن ويقول المؤلفان الاخيران ان ما يظنه البعض نفاطاً خاصاً بالمرض ليس سوى نفاط عرقي وهذا ما دعا روجرس وغرل الى تسمية هذه الاضناك الاضناك الكاذبة وما دعانا الى القول باختلاف هذين النوعين احدهما عن الاخر · ولسنا نعتقد من جهة ثانية ان الضنك يفقد نفاطه بمروره من البحر المتوسط الى شاطىء الاوقيانوس الهادىء · وكثير من زملائنا يشاركوننا في هذا الرأي · فدفعاً لهذا الشك المستولي على عقول الكثيرين يترتب على العالم الطبي ان يؤلف لجنة تسمى لجنة الضنك · فيعهد اليها في الصيف القادم حين ظهور اضناك البلاد الحارة بالذهاب

الى تلك البلدان لدرس الضنك فيها و بعد ان تعرض اجساد المرضى للدغ عدد من الناموس الارقش والكولكس تأتي بهذا البعوض بالطيارات بعد اسبوع فتلقح به بعض الاصحاء في بلد من بلدان بحر الروم خال من الضنك · ومتى ظهرت وافدة من الضنك على شواطىء البحر المتوسط كان على هذه اللجنة ان تجري الاختبارات ذاتها فتلوث عدداً من الناموس الارقش والكولكس وتنقله الى شواطىء الاتلانتيك او الاوقيانوس الهادىء فتلقح به الاصحاء · فاذا فقد ضنك البحر المتوسط نفاطه بانتقاله الى البلاد الحارة او اذا اكتسب ضنك البلاد الحارة نفاطاً بانتقاله الى شواطىء البحر المتوسط كان الضنك نوعاً واحداً لا نوعين فيبقى حينئذ امر واحد لا بد من حله وهو هل البعوض هو العامل الناقل وحده للضنك ام ان هناك عوامل اخرى ·

ان تحقيق هذا البرنامج يحتاج الى همة احد المتمولين العظام الذين يغارون على العلم والسير وراء الحقائق او الى لجنة علم الصحة في جمعية الامم التي لا نرى اجدر منها في تحقيق هذا الامر وستبقى في دمشق هذه المدرسة التي تبشر بانتقال الضنك بالملامسة ما زال النقاب لم يرفع عن وجه هذه القضية ولكنها متى جاء العلم بما ينقض مبدأها تعود الى الاقرار بخطإها وتسر لانها كانت الدافع الاكبر الى هذه التحريات والتوصل الى الحقيقة ·



لمحة تاريخية

عن ضنك البحر المتوسط

للحكيم ترابو استاذ السريريات الباطنة في معهد الطب بدمشق
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كتابة لمحة تاريخية عن ضنك البحر المتوسط مهما تحدي فيها الايجاز امر لا يخلو من الصعوبة وهذا ما يحدونا الى محاولة هذا الامر لان تاريخ ضنك البحر المتوسط قدضمه المؤلفون الى تاريخ اضناك البلاد الحارة فعلينا ان نفصله عنه اولاً . ونحن نعتمد في امرنا على اراء روجرس وبروشه وفسال واورماسي الذين عرفوا معرفة صادقة اضناك البلاد الحارة وقالوا عنها انها اضناك لا نفاط فيها ونترك جانباً الاضناك التي لا تتصف بنفاط حصبي او قرمزي الشكل عاديتها من نوع مختلف عن ضنك البحر المتوسط . ثم اننا ننبذ ايضاً وافدات حمى الايام الثلاثه التي عدها خطأً كثير من المؤلفين ضنكا وادخلوها في تاريخ ضنك البحر المتوسط ونعتمدفي عملنا على مدة الحمى فكل حمى لاتتجاوز مدتها اليومين ولا يصحبها نفاط ليست ضنكا ولا علاقة لوافدتها بتاريخ الضنك . ومتى عرفنا هذا جاز لنا ان نبدأ بكتابة كلمتنا عن تاريج الضنك في القرنين الاخيرين .

. . . . .

وافدة الضنك الاولى هي الوافدة التي درسها درسا دقيقاً غابرتي (Gaberti) سنة ١٧٧٩ بدأت في القاهرة وانتشرت منها الى شواطئ شبه جزيرة العرب والعجم والافغان في الشرق والى اليونان وافريقية الشمالية في الغرب ٠

ثم مرت خمس سنوات فبدت وافدة ثانية سنة ١٧٨٤ في كاديس وسافيل درسها كريستوبل كوبيلاس وميناتو وعرفا خواص الداء الوبائية واعراضه السريرية الاساسية كمفاجأة ظهوره وسرعة انتشاره وظهور النفاط فيه وقد سميا المرض اسماء عديدة مستمدة من شكل النفاط ولونه ٠

وانطفأ خبر الضنك بعدئذ حتى السنة ١٨٣٥ اذ ظهرت وافدة جديدة في القاهرة وانتشرت كالوافدة التي تقدمتها سنة ١٧٧٩ الى الشواطئ العربية ٠ واختفى الضنك عشر سنوات ثم ظهر في القاهرة وشبه جزيرة العرب ايضاً ٠

وفي سنة ١٨٧١ ذكر وفراي وافدة منه في بورت سعيد وفي سنة ١٨٨٤ ظهر في سورية وفي سنة ١٨٨٨ في اسية الصغرى جميعها وفي سنة ١٨٨٩ بدت وافدة ازمير وقد وصفها دبرون وصفاً جميلا وقال عنها انه قد اصيب من سكان المدينة وعددهم ٢٠٠،٠٠٠ نسمة ١٥٠،٠٠٠ نسمة في خلال بضعة اسابيع ٠ وقد ظهرت الوافدة في الوقت نفسه في بلاد اليونان و كانت قد غابت عنها عشر سنوات (بوزيس) وفي سنة ١٩٠٤ ظهرت وافدة ثانية في سورية ثم غاب الضنك عنها عشر سنوات وعاد الى الظهور سنه ١٩١٤ (دبرون) وفي سنة ١٩١٦ شاهدها اطباء جيش الشرق الفرنسيون في الدردنيل في معسكر زيتونليك وعلى شواطئ بحيرة دوارو في مقدونية (ابرامي ، ارمن دايل ، سريرليه) وفي سنة ١٩١٧ ظهر الضنك في دمشق ثم غاب عنها عشر سنوات وعاد الى الظهور في بيروت وضواحيها

سنة ١٩٢٧ وفي دمشق حيث شلت الحركة في احد احيائها في خلال بضعة ايام ولم يمر شهر اواكثر حتى ظهرت الوافدة في الاسكندرية ومالطة وتونس واثينا (بوزيس) وربما في مرسيلية ايضاً . وفي آب من السنة التالية ظهرت وافدة اثينه فاصيب من سكانها ٤٠٠٠٠٠ وهم لا يعدون اكثر من ٦٠٠٠٠٠ خلال اسبوعين ومنها انتشرت الى تونس (كونساي ودورن) والجزائر (بينوك) ومراكش ومرسيلية حيث ظهرت بعض الاصابات .

هذه هي الوافدات التي ظهرت في مناطق ضنك البحر المتوسط قد اتينا على ذكرها باختصار .

. . . . .

نستنتج من هذه الوافدات وتواريخ ظهورها اموراً جديرة بالذكر اولها ان ضنك البحر المتوسط يظهر وافدات متقطعة وليس كل سنة كما هي عليه البرداء وحمى الايام الثلاثة اللتان تظهران في كل صيف حين فقس البعوض وان الفترات التي تفصل الوافدة عن الاخرى قد تكون كبيرة فهي قد بلغت ١٠ و ١٥ سنة كما رأينا . فهذا ما يميز ضنك البحر المتوسط عن اضناك البلاد الحارة التي تظهر في صيف كل سنة وفي الاماكن نفسها حين فقس البعوض .

وثانيها ان وافدات الضنك تظهر اولاً في ميناء بحرية كبيرة ثم تنتشر منها الى المدن الداخلية قليلاً غير انها تفضل السير على الشواطئ البحرية ولهذا رأينا الوافدات التي ذكرناها قد بدأت في كاديس والبيره واثينا وازمير والاسكندرية والقاهرة وقد جابت في هذين القرنين الاخيرين شواطئ البحر المتوسط جميعها

فاستحق الداء اسم ضنك البحر المتوسط . فظهور هذه الوافدات تميز ضنك البحر المتوسط عن اضناك البلاد الحارة التي تظهر على الشواطىء ايضاً غير انها تختار الاراضي المنخفضة والمستنقعات وتنحصر فيها وتعود اليها في صيف كل سنة دون ان تنتشر منها الى الخارج وهي تخاف المرتفعات بيد ان ضنك البحر المتوسط لا يخافها كيف لا وقد ارتقى جبال لبنان وغشا قرى يبلغ ارتفاعها ١٢٠٠ و ١٨٠٠ متر عن سطح البحر (دبرون ، مرشد خاطر) .

وثالثها ان وافدات ضنكنا تختار بلدان الشرق الادنى ولا ترضى عنها بديلاً فان بوءرها الاساسية هي في الغالب مصر وسورية وشواطىء اسية الصغرى . وهي تنتشر على الرغم منها على شواطىء جزيرة العرب وقد تتجه الى الشمال حتى الدردنيل غير انها اكثر اتجاهاً الى الغرب نحو اثينه ومالطه والشواطىء الافريقية

فليس البحر الاحمر مهد ضنكنا كما يزعم غرل بل الشرق وهو لا يتجاوز قناة السويس الا متردداً كانه يخاف ان يضيع صفاته باقترابه من البلدان الحارة لان اضناك هذه البلدان لا نفاط فيها .

وهو يتعرض لهذا الخطر بذهابه الى الغرب ولهذا نراه ينتشر وان نادراً الى مالطه واذا تجاوزها فلا تكون رحلاته الا قصيرة .

يقال ان الضنك ينتقل بالبعوض غير انه قد ظهر في مرسيليــة والبعوض الارقش نادر فيها وقد تردد عن زيارة الجزائر حيث الجيوش اللاجبة من البعوض (آب سنة ١٩٢٨ بينوا)

وآخرها امر لم ينتبه له الاطباء الانتباه الكافي وهو سرعة انتشار الاوبئة واصابتها خلال اسبوعين او ثلاثة اسابيع ١٥ او ٤٠٠ الف نسمة كما وقع في

ازمير واثينه فاذا اقررنا بانتقال الضنك بالبعوض الارقش افلا يجب علينا ان نتمثل امامنا في زمن الوافدات جيوشاً من البعوض قد هاجمت المدن المصابة فحجبت عنها نور الشمس ·

افلا يترتب علينا ان نقر ايضاً حين انتقال الضنك من بلد الى اخر بانتقال هذا البعوض من البلد الملوث الى السليم كما ينتقل الجراد · مع ان سكان اثينا لم يذكروا في شهر آب سنة ١٩٢٨ انهم رأوا جيشاً من البعوض قد غشى سماءهم ولا سكان دمشق في سنة ١٩٢٧ قد القوا التهمة على البعوض الارقش حين تفشي الضنك في احد احيائهم تفشياً راعباً لانه كان يظهر في حيهم الموبوء كما كان عليه في الاحياء الاخرى التي يتفشى فيها الداء ·

· · · · ·

قد انهينا هذه اللمحة التاريخية الموجزة والاستنتاجات التي تستخلص منها واهمها اخراج ضنك البحر المتوسط من صف الاضناك الاخرى ما زالت التحريات والاختبارات قاصرة عن اثبات كونه منها لان النقاط الاحمر في ضنك البحر المتوسط يلبس هذا الضنك لحلة الكردينالية اما الاضناك الاخرى وقد حرمتها فهي حاشيته ومن صف الاكليريكيين ·

ملاحظات جديدة

عن اعراض الضنك وسرايته

للدكتور ساكورافوس استاذ السريريات الطبية

في معهد الطب باثينه

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

اجتاح اثينه في شهر آب من السنة المنصرمة وباء شديـد الوطأة فاصاب خلال ٢٠ — ٢٥ يوماً ٤٠٠٠٠٠ نسمة من سكان عاصمتنا الذين لا يزيـدون عن ٦٠٠،٠٠٠ فشلت حركة التجارة في الاسواق واغلقت مخازن المدينة وساد الناس ذهول عظيم من جراء هذا الضيف الثقيل الذي هجر بلادنا اليونانية منذ ١٤ سنة ولم نر له في خلالها اثراً غير انه بعد هذا الهجر الطويل قد عاد الينا بطبله وزمره ففاجأ مدينتنا هذه المفاجأة على غير انتظار منا واجبر هذا العدد العظيم على ملازمة اسرتهم ·

يقول المؤلفون الذين شاهدوا الضنك وعالجوه انه مرض ينتقل بالبعوض وقد اثبتت الاختبارات الدقيقة التي اجريت في استرالية انتقال هـذا الداء بالناموس الارقش · ولسنا ننكر ان هذا الناموس كان كثير العدد في بعض احياء اثينه غير انه كان قليلاً جداً في بعض احيائها الاخرى وقد شاهد احـد زملائنا الضنك في مرتفعات لا اثر فيها للناموس · ورأينا نحن مرضى عديدين

في اسر خمس مختلفة اصيبت فيها الامهات والاشخاص الذين كانوا يقومون بخدمة المرضى بعد شفاء هوءلاء وتوسف جلودهم بنحو من اسبوع . فهل تنسب هذه الاصابات الى الناموس نفسه ام ان العدوى انتقلت اليهم بالملامسة من المريض الى السليم ؟ وهل الضنك مرض عفني سار ؟ وهل نقله الى اثينا اليونانيون الذين كانوا في اسية الصغرى الموبوءة حين عودتهم الينا ؟ اننا لا نستطيع جواباً غير ان هذا الوباء الذي انتشر هذا الانتشار الهائل يمثل لنا النزلة الوافدة التي اجتاحت اوربة بعد الحرب الكبرى دون ان يكون خطراً كتلك ويحملنا على الظن بانه متسبب من فوعة راشحة (virus filtrant) .

دلت الاختبارات التي قام بها بلن وكامينو بتروس في اثينه ان للبعوض دوراً مهماً في نقل العدوى . ولكن هل البعوض وحده العامل الناقل ام ان هناك واسطة اخرى ؟ اننا لا نجيب عن هذا السوءال الذي يحيط به الغموض لان الضنك قد ظهر في اماكن لا اثر فيها للبعوض الارقش .

ولكن الامر الذي لا نشك فيه هو كون الضنك مسببا من فوعة راشحة وكون مصل المرضى اذا حقن به الاصحاء تحت جلودهم او في اوردتهم يحدث فيهم مرضا مماثلا للضنك بعد الحقنة الوريدية باربعة او خمسة ايام وبعد الحقنة الجلدية بسبعة الى ثمانية ايام وقد اثبتت هذا الامر اختبارات بلن وكومينو بتروس

هذا ما نقوله عن سراية المرض اما مشهده السريري فلا يخلو من بعض النقاط التي تستحق الذكر .

الضنك مرض نفاطي : اننا لاحظنا مع رئيس سريريات شعبتنا الحكيم فلوروس نفاطاً باكراً يظهر بعد بدء المرض بيومين او ثلاثة ايام وهو نفاط احمراري مستقر

في الوجه والقسم العلوي من الجذع غير ان هذا النفاط ليس نوعياً (spécifique)
لان النفاط النوعي يتأخر ظهوره وهو متعدد الاشكال · فهو يبدو غالباً في اليوم
الخامس او السادس و يرافقه ارتفاع في الحرارة و يظهر اولا على اليدين وقد رأينا
في بعض المرضى شرى ووذمة كينك الحقيقية في بدء المرض ·

وكان معدل ظهور النفاط البدئي في الحوادث التي شاهدناها ٢٠ – ٣٠ ٠/٠
واما النفاط النوعي فلم يقل معدله عن ٧٠ ٠/٠ وكان يلي هـذا النفاط توسف
فرفري كثير شبيه بتوسف القرمزية ترافقه حكة سببها التهاب ادمي بشرسي
متقيح ودمامل ناجمة من تعفن الدم بالمكورات العنقودية (staphylococcie)
المضاف الى الضنك ·

الضنك مسبب من فوعة راشحة : هذه الفوعة مولعة بالجهاز العضبي وقد توءثر
فيه برمته · ادهشنا ورئيس سريرياتنا الحكيم فوروس من امرها انها تختار
الجهاز المنبت (système végétatif) فان التهاب الاعصاب المتعدد ولا سيما التهاب
النسا (sciatique) من الاعراض الثابتة في هذا الداء كما ان الامراض العصبية
التي يكون المريض مصاباً بها قبل مرضه كالسهام (tabès) والتهاب النخاع
الشوكي (myélite) تشتد بعد ظهوره ·

كان احد مرضانا مصابا منذ زمن بالتهاب النخاع الشوكي فاصابه الضنك
وقضى اثر خشكريشات واسعة · وقد شاهدنا التهابات سحايا والتهابات دماغ ·
وكان البزل القطني الذي نجريه يدل على ازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي الذي
كان يتدفق تدفقاً من الابرة غير ان الفحصين الكيماوي والخلوي لم يبديا فيه اقل
تبدل · وكان المرضى يشكون حصراً (angoisse) واضطرابا شديداً ونوب هرع

(hystérie) دالة على ولع الفوعة بالجهاز العصبي ٠

ولكن ايجيز لنا هذا ان نصف للضنك شكلا عصبيا ؟ لا بل ان الضنك متى اصاب مرضى عصبيين تشتد هذه العوارض العصبية فيهم اما متى اصاب الاحداث والاشخاص الاقوياء فلا يحدث هذه العوارض واذا بدت فيهم كانت خفيفة لا يعبأ بها فلا حاجة والحالة هذه الى وصف اشكال عديدة للضنك كما جرت العادة حتى الآن لان تعدد اشكاله ظاهر لا جوهري فان لكل مريض ضربا من التفاعل يدافع به عن نفسه ازاء المرض غير ان الاعراض الثانوية مهما تفرعت وتعددت لا تخفي الاعراض الاساسية العامة كالصداع والعصابات (algies) المتنوعة والنفاط والقمه التام والوهن الشديد الذي يستمر طويلا في زمن النقه ٠ فليس للضنك اذاً شكل عصبي ولا شكل نزفي لان الانزفة التي ترافق المرض كقيء الدم ونفثه والرعاف ليست كافية لافراز هذا الشكل ٠ لاننا لاحظنا ان المضنوكين الذين كانوا يصابون في سياق ضنكهم بقيء الدم كانوا يشكون قبل اصابتهم به تشوشات معدية دالة على اصابتهم بقرحة المعدة او الاثني عشري الكامنة وكذلك القول في من كانوا يصابون بنفث الدم اثناء ضنكهم فانهم كانوا يشكون قبله اعراضا دالة على سل رئوي قديم ولسنا نعني بهذا ان الضنك مرض موءهل للسل كالحصبة ٠ لان هذه الادواء التي كانت سابقة للضنك كانت تعود الى ما كانت عليه قبل الاصابة به دون ان تشتد اعراضها العامة او الموضعية ٠ واننا لا نجاري دبرون بقبول الاشكال السريرية الستة التي وصفها : الصداعية ، والنفاطية والمعدية والرئوية والنزفية والتامة ٠ لان الشكل التام وحده هو الشكل الذي نقر به فهو يضم الاشكال الاخرى جميعها ٠

وقد وصف طبيبان يونانيان ليفيارتو وفغليانوس شكلاً خفيفاً بدون حمى مدته يومان او ثلاثة ايام ٠

ولكن هل هما مصيبان في مشاهداتهما ياترى ؟ او لم تكن تلك الحادثات حمى الايام الثلاثة التي تشاهد في كل سنة وتظهر والضنك في آن واحد ؟ ووصف الطبيبان المذكوران ايضاً شكلاً كبدياً ودعما رأيهما بالضخامة التي كانا يشاهدانها في الكبد ٠ ولكن احتقان الكبد في سياق الضنك امر عادي فالضنك مرض من امراض البلاد الحارة التي تكثر فيها البرداء وتضخم فيها الكبد متأثرة بهذه العوامل المشتركة فقصور الكبد في الضنك وكثرة وقوعه فيه لا يدعو اذن الى العجب واذا استثنينا هذين الطبيبين اللذين وصفا الشكل الكبدي لا غير لا نجد لهذا الشكل ذكراً في المؤلفات ٠

اما انذار المرض فليس سليماً كل السلامة كما يظن فقد رأينا ان الضنك ينبه آفة كامنة في الاثني عشري او المعدة وانه يحدث احتقاناً رئوياً في سياق سل رئوي خفيفة اعراضه وهو قد يجهض الحامل و يميت الشيوخ والمصابين بامراض عضوية سابقة ولا سيما المصابين بالداء السكري والتهابات الكلية ٠

والاصابة الاولى بالضنك تقي المريض اصابة مقبلة واذا اصيب به ثانية كانت الثانية خفيفة سليمة ٠



بعض مشاهدات

عن وافدة الضنك في اليونان

للدكتور انستاس ارافنتينوس

استاذ السريريات الطبية في معهد اثينا الطبي

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

بدأت وافدة الضنك في اثينا في احد احياء المدينة شبيهة بوباء محلي منذ اواخر صيف ١٩٢٧ ثم اجتاحت المدينة واستفحلت في صيف ١٩٢٨ وقد انقطعت الوافدة هذا الانقطاع ولم تكمل سيرها الذي بدأته لان فصل الشتاء البارد داهمها فاوقفها عند حدها وهذا دليل على انتشار الضنك بالبعوض . وقد اجبنا في موءتمر القاهرة الطبي الذي عقد في كانون الاول عن الاسئلة التي وجهها الينا زملاوءنا الاعلام الاختصاصيون بامراض البلاد الحارة داعمين حجتنا هذه .

اني لا اجد وجهاً لتمييز ضنك البلاد الحارة عن ضنك البحر المتوسط لان الضنك الذي تفشى في اليونان ينتقل بالبعوض الارقش وقد اثبتت هذه القضية اختبارات مستوصف باستور اليوناني التي قام بها بان وايونيوس و كومينو بتروس ومانوساكيس فانهم قد نقلوا الضنك الى اشخاص اصحاء بعد تعريض اجسادهم للدغ بعوض ارقش كان قد اغتذى بدماء مرضى مصابين بالضنك . ولم تثمر اختباراتهم مع الانوفال والكولكس .

وفضلا عن ذلك فقد اثبتت المشاهدات السريرية هذه القضية التي حقق

فيها المخبر فان المدن والقرى واماكن الاصطياف التي لا بعوض ارقش فيهــا لم يتفش الضنك فيها على الرغم من وقوع بعض اصابات بالضنك جيء بها من الخارج ومن الازدحامات والاجتماعات العديدة في الفنادق وغيرها · فلو كوفح البعوض في اثينا منذ ظهور الضنك وقبل انتشاره لما كنا رأينا هذا الوباء الشديد

والمسألة الثانية التي اتضحت لنا بعد وافدة الضنك هذه هي الاختلاف البين بين الضنك وحمى الايام الثلاثة حتى ان خلط احد المرضين بالاخر لم يعد جائزاً بل اصبح من الامور المستنكرة ·

اننا نشاهد في صيف كل سنة وافدة صغيرة من حمى الايام الثلاثة في عاصمتنا· وقدرأينا في الصيف الماضي اشخاصاً اصيبوا اولاً بحمى الايام الثلاثة ثم بالضنك ·

وشاهدنا ايضاً مريضاً اصيب بالضنك في مكان لا بعوض فيه بل فيه من الساكت (phlébotome) فقط فلم ينتشر الضنك في ذلك المكان

فجميع هذه الحادثات التي شاهدناها مراراً عديدة لا تدع سبيلا للشك في انتقال الضنك بالبعوض الارقش ·

وعدا ذلك فليس في المشهد السريري الذي وضعــه المؤلفون عن ضنك البــلاد الحارة اقل اختلاف عن مشهــد الضنك الذي انتشر في اليونان ورأيناه باعيننا ·

فاعراضه الاساسية هي الحمى المزدوجة الانحناء والالام والنفاط والعوارض النزفية اما الحمى فتهبط بعض الهبوط في اليوم الثالث غير انها تعود الى الارتفاع في اليوم الرابع ولا تهبط هبوطها الاخير الا في اليوم السادس ومن الحوادث مــا تستمر فيه الحمى الى اليوم السابع او الثامن · وقد لاحظنا ان الحرارة تبلغ اقصى

ارتفاعها في الايام الثلاثة الاخيرة ونبهنا الافكار لهذا الامر خلافاً لما يحدث في البلاد الحارة وقد نسبنا ذلك الى كون البيئة اليونانية مناسبة للضنك لانه لم يزر اليونان منذ زمن مديد فان الحرارة قد ارتفعت في بعض الحادثات الى ٤٣ وقد افضت الى الموت ٠

وليس النفاط البدئي كثير الوقوع فهو يظهر بالخاصة على الوجه وقلما يظهر في مكان اخر وظهوره عليه مع التهاب المنضمة وهو عرض كثير الحدوث يهب المريض منظراً خاصاً ٠

اما النفاط الاساسي فيظهر غالباً في اليوم الرابع وقد يظهر بعد هبوط الحرارة ٠ ومقره المنتخب ظهرا اليدين ووجها العضدين الوحشيان ونحن نعده حادثاً دالاً على قصور البنية عن الدفاع لان الالام ترافقه وكثيراً ما تنتبج فيه العقد البلغمية ٠

والالام عرض كثير الوقوع في الضنك غير انه ليس عرضا ثابتا فيه وكثيراً ما تكون شديدة حتى انها تدفع المريض الى الانتحار ٠ وهو عرض مسبب من ولع فوعة الضنك بالجهاز العصبي ولهذا كنا نرى تشوشات دماغية ولا سيما في من كان جهازهم العصبي لطيفاً وضعيفاً حتى ان عدداً منهم سيق الى البيمارستان

والعوارض النزفية كثيرة الحدوث ايضاً وهي اذا رتبناها حسب كثرة وقوعها : الرعاف وقيء الدم وتغوط الدم ونزف الرحم ونفث الدم و بول الدم ولم يكن انذار هذه الانزفة وخيماً مطلقاً ٠ واننا نذكر من الاعراض الاخرى ما كان اكثرها وقوعا واشدها وطأة على المريض كتشوشات الذوق فمنهم من كان يشعر بطعم مرّ واخرون بطعم حلو كان يستمر اياما عديدة بعد هبوط الحمى ٠

ونكس الضنك ليس نادراً ولا هو كثير الوقوع واكثر حدوثه في اليوم السادس او السابع ولم يقع مطلقاً قبل اليوم الرابع او بعد اليوم العاشر . وسببه في الغالب الافراط ولا سيما في التعب . وربما كان النكس معادلاً بشدته للاصابة الاولى .

ويهب الضنك المصاب به مناعة ان لم تكن مطلقة فهي كافية لتقي السواد الاعظم اصابة ثانية . فمتى حقن شخص مصاب بالضنك في اثناء ظهور النفاط الاساسي فيه بمصل ناقه من هذا الداء خفت الاعراض الشديدة في المحقون الامر الدال على ان في مصل الناقهين اضداداً (anticorps) .

. . . . .

هذه هي الصفات الاساسية التي يتصف بها الضنك الذي شاهدناه في اليونان .

وارغب قبل ان اختم هذه العجالة في ان اقول بضع كلمات عن ضنك الاطفال . اصيب الاولاد في اليونان كما اصيب سواهم خلافاً للرأي السائد في البلاد الحارة غير ان المرض كان خفيف الوطأة عليهم فقد شاهدنا في الاسرة التي كان يصاب معظم افرادها ان ضنك الاولاد فيها كان خفيفاً جداً او كان لا يشعر به البتة . فلم يكونوا يشعرون بالالام ولم تكن حرارتهم تستمر اكثر من ثلاثة او اربعة ايام حتى تهبط هبوطاً نهائياً

ولم نشاهد فيهم اذا استثنينا الرعاف عوارض نزفية اخرى . والنقه فيهم سريع اما في الكهول فطويل جداً ومزعج . وقد شاهدنا الضنك في رضيع عمره عشرة ايام ولدته امه وهي مصابة بالضنك في اليوم الذي هبطت حرارتها فيه .

اختبارات

عن

طريقة عدوى الضنك في اليونان

للدكتور جورج بلن
مدير

للدكتور ج . كامينو بتروس
رئيس مخبر

مستوصف باستور في اثينه

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

قد اثبتت اختبارات عدد من المختبرين ان الضنك مرض ينتقل بوخز البعوض . فقد ظن غراهم واشبورن و كرغ ان العامل الناقل هو الكولكس غير ان تحريات كلالن و بردي و بورتن ومكدونلد التي اثبتتها ووسعتها اولاً اختبارات سيلر وهل وهتشنز فيما مضى ودققت فيها موءخراً تحريات شول اوضحت ان البعوض الارقش (stegomya) وحده هو العامل الناقل .

غير ان اراء علماء الصحة لم تجمع على نسبة هذا الامر الى البعوض الارقش حين الوافدة الاخيرة التي اجتاح بها الضنك شواطىء بحر الروم سنة ١٩٢٦ وانتشر في اليونان ذلك الانتشار الراعب سنة ١٩٢٨ . وقد دعا الى هذا التباين في الاراء امران الاول ظن البعض ان البعوض الارقش قليل الانتشار في اليونان والثاني ظن البعض الاخر بان الضنك وحمى الايام الثلاثة مرضان

ينتقلان بالبعوض الساكت (البعوض الواخز للوريد« phlébotome ») كل هذه الامور شوشت الافكار فكان بعضهم يعتقد ان الضنك في البلاد الحارة ينتقل بالبعوض الارقش وربما بالكولكس وانه في شواطىء البحر المتوسط ينتقل بالبعوض الساكت . غير ان التحريات التي قمنا بها ومكنتنا من اجرائها وافدة الضنك التي غشت بلاد اليونان في صيف سنة ١٩٢٧ قد اعادت الامور الى مواطنها .

اما تمييز الضنك عن حمى الايام الثلاثة فقد اجمعت عليه اراء الذين شاهدوا وافدة الضنك هذه في اليونان حتى لم يعد من مجال للزيادة .

واما توزع البعوض الارقش في اليونان وكثرته فيه فقد عرفناهما الآن معرفة دقيقة فقد وجد نيقول هذا البعوض في سالونيك واعلنه سنة ١٩١٦ وقد رآه جويو في ايتيا (Itea) سنة ١٩١٨ وقد رأينا منه العدد الكثير في كنا (Canée) سنة ١٩٢٠ ثم رأيناه بعدئذ مع لانجرون في كندي ولم يكن نادراً في قرى مقاطعة هاركلايون الجبلية .

واننا لنقر ان عالم الطفيليات بروله الذي انطوى ذكره قد سبق جميع هؤلاء الى ذكر البعوض الارقش سنة ١٨٣٢ في اثناء حرب الموره واعلن كثرته في بلوبناز غير انه دعاه الكولكس الكونوبي (Culex Counoupi) .

ووصفه وصفا دقيقا ينطبق كل الانطباق على البعوض الارقش .

٢ — الاختبار

لقد تمكنا بعد اختبارات عديدة من ان نبين ان البعوض الارقش في اليونان هو العامل الناقل للضنك وان الكولكس لا يصلح لهذا الامر . وقد بينا ايضا ان البعوض الارقش الذي جمعناه من بيوت اثينه حيث تفشى الضنك

كان ملوثاً بعامله وانه نقل الضنك بوخزه للاصحاء وانا نذكر هنا باختصار الاختبارات التي قمنا بها ·

الامر الاول : يعود البعوض الارقش بعدان يغذى بدم مريض مصاب بالضنك ملوثا بعامل هذا الداء · وكذلك القول في البعوض الذي جمعناه من اثينا من بيوت مرضى مصابين بالضنك ·

فتبيانًا لهذين الامرين قمنا بالاختبار الآتي : اعددنا فئتين من البعوض الارقش الفئة الاولى منهما جمعناها من اثينا وغذيناها ثلاث مرات متوالية بدم مرضى مصابين بالضنك · والفئة الثانية جمعناها من غرف فيها مضنوكون · ولم نجر اختباراتنا في اثينه لئلا يكون الاشخاص المختبر بهم في زمن الحضانة فيشوش علينا هذا الامر صحة اختبارنا بل اجريناها بعيداً عن الاماكن الموبوءة بالضنك في جزيرة صغيرة واقعة في خليج ميرابو شرقي كريت بعيدة ومنعزلة عن اسباب العدوى ·

تطوع لاختبارنا ثلاثة اشخاص فحقناهم تحت جلدهم بمدقوق سبع بعوضات رقشاء كنا جمعناها منذ ثمانية ايام في اثينه بعد تمديده بالمصل الخلقي · فاصيب الاول بتفاعل بعد الحقنة بسبعة ايام والثاني بعدها بثمانية ايام والثالث بتسعة ايام · وتطوع آخران فحقناهما بمدقوق ست بعوضات رقشاء ممدد بالمصل الخلقي غيران هذه البعوضات التي كنا قد جمعناها من اثينا كانت قد غذيت منذ اربعة ايام بدم مريض مصاب بالضنك فحدث تفاعل في الشخصين بعد الحقنة بسبعة ايام ·

الامر الثاني : البعوض الارقش بعد ان يتلوث بدم مريض مصاب بالضنك ينقل هذا الداء بوخزه الصحيح بعد ان يكون قد مرّ على تلوثه تسعة ايام و يبقى محافظاً على قوته الملوثة هذه ما لا يقل عن مائة وخمسة عشر يوماً ·

وقد اثبتنا هذه القضية باختبارات عديدة قمنا بها لا ينفسح المجال لذكرها هنا ولكننا نقتصر على ذكر واحد منها لانه يكفي لاظهار القضية ·

اخذنا بعوضاً سليماً ونعني بذلك بعوضا قمنا بتفقيسه في المخبر ولوثناه باطعامه ثلاث مرات متوالية من دم المضنوكين في اليومين الاول والثاني من مرضهم ·

ثم غذينا هذه البعوضات بدم اصحاء في مكان خال من الضنك ومنعزل عن الامكنة الموبوئة وذلك بتعريضنا اشخاصاً للدغ هذا البعوض في ايام مختلفة فمنهم من عرضوا في اليوم السادس بعد تلوث البعوض ومنهم في اليوم ٩ و ١٢ و ٢٠ و ٢٨ و ٣٤ و ٤٤ و ٥٣ و ٦٤ و ٨٥ و ٩٢ و ١١٥ فاصيب الاشخاص جميعهم بالضنك ما عدا الشخص الذي وخزه البعوض في اليوم السادس ·

الامر الثالث : البعوض الارقش المجموع من بيت ظهر فيه الضنك يكون ملوثاً و يستطيع نقل المرض بالوخز ·

والى القارىء الطريقة التي بينا بها هذه القضية ·

جمعنا عدداً من البعوض من احد احياء اثينا حيث الضنك متفشٍ وعرضنا للدغه ثلاثة متطوعين بعيدين عن موطن الوباء فاصيب احدهم بعد تعريضه للدغ ثلاثين بعوضة بعد التعريض بثمانية ايام ·

الامر الرابع : الكوكلكس بعد ان يغذى بدم المضنوك ويتلوث به لا يستطيع

نقل الضنك ٠

اخذنا ثلاثة انواع من الكولكس وغذيناها اربع مرات بدم مرضى مصابين بالضنك كنا قد غذينا بدمائهم البعوض الارقش الذي اجرينا به اختباراتنا ٠ ثم عرضنا ثمانية اشخاص للدغها في الايام ٥ و ١٠ و ١٥ و ١٨ و ٢٢ و ٢٨ و ٣٤ و ٧٢ فلم يحدث اقل تفاعل في احد منهم ٠ ولم يعد دمهم ذا فوعة (virulent) ٠

فاذا كانت هذه الاختبارات جميعها تكفي لاثبات طريقة عدوى الضنك في الارجاء التي درسناه فيها فان من المفيد ايضاً على ما نرى ان ندرس طرز تفشيه لانه يوضح ويثبت ما جاء به المخبر ٠

٢ — درس الوباءة

ما من يجهل ان وباء الضنك في صيف ١٩٢٨ كاد يصيب في اثينا جميع سكان العاصمة لان الذين نجوا منه كانوا قد اصيبو به قبلاً او اصيبوا بنوع خفيف لم تشتد اعراضه لتضطرهم الى النوم في اسرتهم ٠ وقد انتشر هذا الوباء الى القرى المجاورة المحيطة بالعاصمة ولم يكد ينجو منه مكان يزدحم فيه الناس ٠

نجد على الطريق الممتد من اثينا الى الوزيس (Eleusis) على الطريق القديم المقدس المعد للاحتفالات الدينية ٠ وعلى بعد ثلاثة كيلومترات من العاصمة فئة من العملة تشتغل في معمل البارود يبلغ عددها ١٤٠ عاملاً يضاف اليهم زهاء ٤٠٠ نسمة تتألف منها عيلاتهم وعيلات اخرى انضمت اليهم فكان من هوءلاء جميعهم عدد كبير فبعد ان تفشى الضنك في اثينا انتشر اليهم في صيف ١٩٢٨ فلم يكد ينجو منهم احد ٠

وعلى الطريق نفسه وعلى بعد ١٤٠٠ متر من معمل البارود وقبل دير دفني نجد مستشفى الدوموكاسيون المعد للمجانين وفيه ٦٠٠ مريض وزهاء ١٤٠ شخصاً آخرين للقيام بتمريض هؤلاء المرضى وخدمتهم .

وعلى بعد ٥٠٠ متر من المستشفى نجد قرية يقطنها زهاء ٣٠٠ ملتجئ .

ففي المستشفى لم يصب احد بالضنك وفي القرية لم يصب احد من سكانها القاطنين فيها بل اصيب بعض العملة الذين كانت تضطرهم اشغالهم الى العمل في البيره ولم تسبب اصابتهم بالضنك انتشار الداء في القرية .

وقد زرنا معمل البارود والمستشفى والقرية ونحن نورد الان ملاحظاتنا عن تلك الزيارة لانها على جانب عظيم من الافادة

١ً — مستشفى الدروموكاسيون : يتألف هذا المستشفى من ١٦ جناحاً مبنيـة في قطعة من الارض مساحتها اربعة هكتارات في سفح جبال اغاليان والى جانب المستشفى ربوة كوريدلوس التي يستمد منها ماءه يجتمع الماء في خزان مغلق بعيد منفرد تسير منه قناة مغلقة ايضاً تنقل الماء الى خزان آخر مبني خارج دائرة المستشفى تجتمع فيه ايضاً مياه الابار المحتفرة في اراضي المستشفى وهـذه الابار مغلقة اغلاقاً حسناً كالخزان يدفع منها الماء الى الخزان بالات رافعة ، ثم يصل الماء الى كل من الاجنحة بقنوات مغلقة حيث يجتمع في خزان آخر صغير مغلق ايضا لا يكفي الا اثنتي عشرة ساعة فقط . ولم نجد اثراً للماء حول القنوات التي تسير فيها المياه ولم نر في ارض المستشفى علب تنك فارغة او غيرها من الاواني التي تصلح لفقس البعوض . وحقيقـة الامر اننا لم نرَ للبعوض الارقش اثراً في المستشفى . اما البعوض الواخز للوريد فلم يكن نادراً فيه ولا الكوالكس

ايضاً التي كانت تتوالد في البطائح الصغيرة المكونة من ماء الشتاء والايام الاولى من فصل الربيع والقريبة من المستشفى .

فالبعوض الارقش وهو الحشرة الاهلية لم يكن يجد خارج المستشفى الشروط الملائمة لنموه أو على الاقل الكافية لذلك النمو كما كانت تجد الكولكس .

ولهذا نجا مستشفى درومو كاسيون في صيف سنة ١٩٢٩ من الضنك كل النجاة ولم تحدث فيه اصابة واحدة مطلقاً لا في المرضى ولا في المستخدمين غير ان بعض الاطباء والممرضين الذين ذهبوا في بدء وافدة الضنك الى اثينه عادوا منه مصابين بالضنك وقد ناموا وعولجوا في المستشفى نفسه ولم يصب غيرهم به . وهذا ما دعا مستخدمي المستشفى الى الانقطاع عن زيارة المدينة كل مدة الوافدة وما منع الاصابات الجديدة عن الحدوث في المستشفى .

٢ً — معمل البارود وقرية الملتجئين : يشتغل في شركة البارود ١٤٠ عاملا يقطنون ٨٥ بيتا والى جانب هذه البيوت قامت بيوت اخرى يسكنها زهاء ٤٠٠ نسمة .

اصيب من العملة في وافدة الضنك ١٢٥ نسمة ومن السكان الاخرين نحو ٣٠٠ وقد اصيب غيرهم بضنك خفيف لم يضطرهم الى ملازمة اسرتهم فلم يحصوا بين المصابين والحقيقة هي ان جميع سكان معمل البارود ومن التف حولهم قد اصيبوا بوافدة الضنك .

بعد ان درسنا سبب تفشي الضنك في تلك البقعة هالتنا كثرة الناموس الارقش المنتشر في البيوت ولم تصعب علينا معرفة السبب في كثرة البعوض لان تلك البيوت المبنية بناء بسيطا وان تكن نظيفة وجامعة لاسباب الراحة

تستمد ماءها بقنوات تفرغ الماء في خزان صغير مكشوف واقع وسط بستان . وقد رأينا بعد ان فحصنا هذه الخزانات فحصا دقيقا ان جدرها في قسمها الواقع فوق سطح الماء بقليل مغشى بالوف الالوف من بيوض الناموس الارقش وان عدداً عديداً من السرف (larves) كان يسبح على سطح الماء .

وتقع قرية الملتجئين على بعد ٢٠٠٠ متر من معمل البارود على طريق الوزيس وهي تختلف كثيراً عن المعمل فعوضا عن البيوت الحسنة البناء المتوفرة فيها الشروط اللازمة للسكن ترى بيوتا حقيرة لا ماء فيها والى جانب كل بيت تجد حظيرة لم يسقف الا قسم منها يأوي اليها الغنم ليلا لان سكان هذه القرية من قرويي ازمير الذين اعتادوا تربية الاغنام في بلادهم الخصبة فلم يتركوا عادتهم هذه في بلاد جرداء كالبلاد التي يقطنونها اما المياه عندهم فقليلة ولا تكفيهم مياه الابار التي يحتفرونها بل يستقون الماء من ينابيع بعيدة ويجمعونها في براميل من الحديد مسدودة سداً محكما محافظين عليه حفاظهم على شيء ثمين ففي اعلى البرميل ثقب لصب الماء وفي اسفله صنبور يفتح لاستقاء الماء حين الحاجة وليس في تلك القرية برك مفتوحة يجتمع فيها الماء .

و يغسل اللاجئون اثوابهم خارجا قرب بيوتهم فلا تجد في القرية ماء مستنقعا ولا اوعية مفتوحة مملوءة ماءً ولا كولكس ولا بعوضا ارقش اما الساكت (phlébotome) فكثير جداً ولعله يجد في روث الغنم مكانا ملائما لفقس بيوضه .

لم يصب بالضنك من سكان هذه القرية الفقراء وعددهم اكثر من ٣٠٠ نسمة سوى بعض العملة الذين ذهبوا الى البيره للعمل فيها اما سكان القرية

الذين لم يغادروها فلم يصابوا بالضنك على الرغم من ملامستهم للمرضى الذين جلبوا الداء معهم ومن العدد الذي لا يحصى من البعوض الساكت ومن ازدحام العيل في تلك البيوت الضيقة ٠

وصفوة القول ان مستشفى درومو كاسيون وقرية اللاجئين لم يصابا بالضنك في اثناء وافدته على اثينا اما المستشفى فلان ادارته الحسنة لم تترك للبعوض الارقش سبيلا للفقس في جواره واما في القرية فلان الصدفة وقلة المياه ادت الى النتيجة نفسها ٠

فهذه المشاهدات الثلاث تثبت الدور الذي يلعبه البعوض الارقش في نقل الضنك وينفي عمل البعوض الساكت وهي ليست باقل دلالة من اختبارات المخبر ٠



وافدة الضنك في الاسكندرية (مصر)

سنة ١٩٢٧

للدكتورة أ . بنايوتاتو
مديرة العيادات الصحية والمخبر
في مستشفى الاسكندرية اليوناني
ترجمها الدكتور مرشد خاطر

حلت وافدة الضنك في خريف ١٩٢٧ على الاسكندرية فاصابت عددا عديداً من سكانها .

بدأت اولا باصابات قليلة منفردة ثم انتشرت انتشاراً سريعا حتى انها كانت تصيب افراد الاسرة جميعهم بلا استثناء . وكانت تشبه في بعض الاحيان وباءً موضعيا فلا تهمل بيتا واحداً دون ان تدخله ولا اسرة دون ان تصيبها .

وقد وقعت الاصابات الاولى في بيوت الاغنياء وكانت اصابتهم فجائية : الام قطنية شديدة والام مفصلية وحمى كانت تضطر المرضى الى ملازمة اسرتهم ، صداع مؤلم جداً مع ميل لا يغلب الى القيء ، لسان كثن جداً متسع مسطح يختلف منظره عن منظر اللسان التيفي .

صفات المرض العامة : بعد حدوث الاصابات الاولى المتفرقة التي اشتبهت

بالحمى المعوية او بالنزلة الوافدة تحقق ان الداء شديد السراية لانه كان يصيب جميع افراد الاسرة في البيت الذي يدخله ·

قبول الاشخاص للمرض : كان يصيب المرض جميع الاشخاص على السواء مهما كانت اعمارهم : الاولاد والكهول والشيوخ ومهما كان جنسهم : النساء والرجال ومهما كان طرز معيشتهم : الاغنياء والفقراء ·

و يظهر ان زمن الحضانة كان ٦ — ٧ ايام لان الاشخاص الاصحاء الذين كانوا يأتون المدينة كانوا يصابون بالضنك بعد مكثهم فيها زهاءاسبوع ·ولم يكن يظهر كل مدة الحضانة اقل عرض دال على الاصابة و بدء المرض كان فجائيا فبينا الشخص يتمتع بصحة جيدةواذا بحرارته قد ارتفعت الى ٣٨ — ٣٩ و بالالام قد اعترته فيمفاصله وعضلاته ورأسه (صداع موءلم)وناحيته القطنية ·

وكانت الحمى والالام العرضين المتغلبين اللذين كانا يضطران المريض الى ملازمة فراشه · وكانت تظهر في الوقت نفسه بعض تشوشات مبهمة في الجهاز الهضمي : اعراض معدية كالقمه التام والغثيان والاقياء والالام المعدية وكثيراً ما كانت الاقياء متعددة ومزعجة حتى انها كانت تتغلب على الاعراض الاخرى وتبرز في المشهد السريري · فكان المريض ينسى الاعراض الاخرى المصاب بها فلا يشكو سوى اقيائه المتكررة الكثيرة التي كانت تمنعه عن تناول اي طعام او شراب وتحدث له حصراً شديداً مسببا من مضض موءلم في الناحية الشرسوفية و بعض المرضى كانوا يشكون حس احتراق شديد في المعدة وعطشا مزعجا لا ينقع لان المعدة لا تحتمل السوائل ·

والبعض الاخر كانوا يتجهون الى الاغماء ووهن القلب و يدعون الطبيب

بالحاح لانهم كانوا يشعرون ان قواهم تهن وان الخطر يتهددهم · وكان يظهر على اوجه كثير من المرضى منذ يومهم الاول نفاط موقت وتحتقن منضماتهم ويبدو على جنكهم نفاط ايضاً ويحمر بلعومهم · وكانت الحرارة تبلغ ٥، ٣٩ و ٤٠ غير انها كثيراً ما كانت لا تتجاوز ٣٩ · وكان يشكو بعضهم دواراً كان يشتد متى بدل المريض وضعته · وكثيراً ما كان النبض مبايناً للحرارة (٨٠ — ٩٠ في الدقيقة) وكانت تستمر هذه الاعراض العفنية المنشإ ٦ — ٨ ايام غير ان الالام كانت تخف في اليوم الرابع مع بقاء الحرارة مرتفعة حتى اليوم الثامن · ثم ان النفاط كان يبدو غير انه لم يكن عرضاً ثابتاً في جميع المرضى فقد عاينا عدداً كبيراً من المرضى في العيادات الخارجية دون ان يبدو فيهم نفاط · وكان يبدو النفاط غالباً على الاطراف واقل منه على الجذع وهو نفاط شبيه في اكثر الاوقات بنفاط الحصبة : نقط حمراء قليلة البروز تمحى متى ضغطتها الاصبع ويصحبها في الغالب اكلان شديد كان يضطر المريض الى حك جلده حتى يخدشه ·

وقد كان يشابه النفاط في بعض الحالات المنظر القرمزي فقد شاهدنا منه طفلة في ميتم بناكي عمرها عشر سنوات عزلناها عن رفيقاتها لان الضنك كان في بدئه ولم يكن قد انتشر ذلك الانتشار الراعب فشككنا في التشخيص · بدت في تلك الطفلة على ساقيها وذراعيها وجذعها صفائح حمراء قرمزية ولم تبد مطلقاً على وجهها وهذا ما حملنا على الشك في تشخيص المرض ووجه انظارنا اولاً الى القرمزية ·

وكانت الحكة التي اصابت هذه الطفلة شديدة حتى ان المريضة خدشت

ساقيها من شدة الحك . ولم يعقب اقل توسف هذا النفاط الشديد الامر الذي وجه انظارنا الى الضنك وابعد عنا فكر القرمزية . واننا سنعود الى ذكر هذه النقطة فيما بعد .

ونقه المرض كان طويلا في الغالب وكان يرافقه وهن عام شديد فكان المريض يحب الكسل ويجتنب كل تعب جسدي وعقلي ثم انه كان يستعيد قواه تدريجياً فيعود الى سابق حالته .

العراقيل : لاحظنا في وافدة الاسكندرية ان الجهاز العصبي كان اكثر الاجهزة اصابة وان اعراضه كانت اكثرها بروزاً ولعلّ منشأ هذه الاعراض الجهاز العصبي النابت (système végétatif) الذي كان يصاب فيؤلف هذه المجموعة العرضية الملحقة بالودي (parasympathique) حسب تعبير براستراستيناتي احد زملائنا الاثينيين فالاقياء التي وصفنا شدتها آنفاً كانت تستعصي في بعض الاوقات يرافقها حصر شديد واتجاه الى الغشي ولا سيما في اليوم الثالث او الرابع من المرض . والعرض الاخر الذي كان يزعج المرضى كثيراً هو الدوار فكلما كان يجرب المريض تغيير وضعته كان يصاب بدوار شديد ويسقط . وكثير من الاشخاص الاقوياء الذين لم يصابوا آنفاً باقل تشوش وظيفي او مرضي يستحق الذكر كانوا يسقطون على الارض مغمياً عليهم متى تركوا اسرتهم وحاولوا المشي . والارق واضغاث الاحلام او النعاس في من كانوا ضعفاء كانت تظهر واضحة في سورة المرض . وقد كان يلاحظ بعض الاحتقان في الكبد وكان يعتري الاولاد وان نادراً اسهال غير وخيم العاقبة .

والرعاف كان كثير الحدوث ومثله ازدياد الطمث في البنات الحديثات السن متى اعتراهن الضنك في ذلك الحين ·

تشوشات الحس : اكثر هذه التشوشات شخصية وهي في اكثر الاحيان من نوع العصابات (névralgies) كالصداع والالام القطنية والخزرة (rachialgie) والعصابات العضلية (myalgies) والمفصلية المزعجة · وقد لاحظنا مضضاً كبيراً في راحتي اليدين واخمصي القدمين دون حس احتراق فيها ·

تشوشات الحركة : نذكر منها المعص المزعج في الساقين حين سورة المرض والوهن العضلي الشديد الذي يحدث تعباً شديداً بعد كل حركة ·

التشوشات النفسية : نذكر منها ضعف الارادة ، وفقدان الانتباه وكسل العقل والجسد وهذه الاعراض اكثر وضوحاً وشدة في الاشخاص العصبي الامزجة ·

تشوشات الجهاز البولي : لاحظنا في بعض الحالات بيلة آحينية خفيفة ولا سيا في الطاعنين في السن الذين تكون كلاهم اقل مناعة من الاحداث وكان هذا العرض يزول بعد هبوط الحرارة ·

فحص الدم : لم نرَ في المحضرات الملونة شيئاً في دم مرضانا وكذلك زرع الدم كان سلبياً · وحقن الارنب والقبعة بدم المريض لم يحدث اعراضاً مرضية فيهما · وقد لاحظنا ان عدد الكريات البيضاء قد ازداد (١٠ — ٢٠٠٠٠ كرية بيضاء في الملمتر المكعب) وان اكثرها ازدياداً الكثيرات النوى ·

وخضاب الدم (hémoglobine) كان في اكثر الاحيان ناقصاً وكان يظل ناقصاً في بدء النقه · ولم يكن سير المرض في الغالب وخيماً لان المرضى

كانوا يشعرون بعد زوال سورة المرض (٤ — ٥ ايام) بان أعراضهم كانت تخف وبعد انقضاء اليوم الثامن او العاشر كانت تسقط الحرارة ويدخل المريض دور النقه ٠

الوفيات : لم يذكر من الوفيات الاوفاة واحدة في الالفور بما اقل من ذلك في الاشهر الثلاثة او الاربعة التي تفشى بها الضنك في الاسكندرية ٠ وقد شهدنا نحن وفاتين في مريضين عمرهما بين ٢٠ — ٢٥ سنة قضيا اثر همود قلبي ٠

الاولى ابنة عمرها ٢٢ سنة كانت قد دخلت دور النقه فحاولت الوقوف فسقطت واصيبت بغشي قلبي وقضت بعد بضع دقائق ٠ والثاني شاب عمره ٢٥ سنة مات كما ماتت المريضة الاولى ٠

المعالجة : المعالجة توجه الى الاعراض فهي تقوم بتخفيف الآلام وتخفيض الحرارة والاعراض الاخرى المزعجة ٠ وقد كان لمقويات القلب ومحلول الكظرين (ادرنالين) النفع الكبير ٠ وكان المرضى يشعرون براحة بعد شربهم نقيع الشاي البارد مع عصير الليمون الحامض لانه كان يسكن الاقياء والغثيان وينقع العطش ٠

انتشار المرض : ذكرنا آنفاً حادثة ضنك ظهرت في ميتم (بناكي) ٠ عزلت المريضة في مستشفى الميتم وعدت مصابة بمرض نفاطي لان النفاط الذي ظهر على جسدها كان متسعاً ٠ فلم تحدث اصابات سواها على الرغم من وجود الناموس الارقش (ستاغوميا) في الحقل حول البناء ومع ان عدد اليتيمات ١٢٠ والاشخاص المعينين لخدمتهن ٢٠ وكلهم ملازمون للميتم ٠ وقد

لاحظنا ايضاً ان الاصابات كانت كثيرة في احياء كان البعوض فيها نادراً ٠

وقد ذكر ايضاً زميلانا ابوستولون ومدامته من كفالا ان الضنك تفشى في مدينتهما تفشيا شديداً في الايام الاولى الباردة في ذلك الزمن الذي كان البعوض فيه قد تلاشى ٠

لا نجهل ان هذه الحادثات لا تكفي لاستنتاج نتائج راهنة عن طرز تفشي الضنك ٠ غير ان ذكر حادثة الميتم والاصابات العديدة الاخرى في الاحياء التي لا بعوض فيها لا يخلو من الفائدة لانه يضاد مضادة صريحة النظرية التي اجمعت عليها آراء المؤلفين حتى يومنا والقائلة بانتقال الضنك بوخز البعوض ٠



الضنك في سورية

للدكتور مرشد خاطر الاستاذ في معهد دمشق الطبي

« مترجمة عن الاصل الفرنسي »

نبدي في هذه العجالة ملاحظاتنا عن وافدة الضنك التي انتشرت في صيف سنة ١٩٢٧ وعمت لبنان وسورية ولا سيما دمشق ·

الضنك مرض عرفته اسية الصغرى منذ زمن طويل لانه كان يظهر فيها ظهوراً متقطعاً وقد عرفته دمشق على الرغم من هجره لها عشر سنوات كاملات·

وقد كان الرأي السائد في البلاد حتى هذه الايام الاخيرة استناداً الى الاختبارات التي اجراها الاستاذ غراهم والدكتور عرداتي من معلمي الجامعة الاميركية في بيروت ان الضنك ينتقل بالبعوض لان الطبيبين المومأ اليهما قد نسبا انتقاله الى الكولكس ·

غير ان الاستاذ دبرون من معلمي معهد الطب الفرنسي في بيروت بعد ان شاهد الاوبئة القديمة التي تفشت في سورية لم يكن من هذا الرأي لانه يحدد الضنك في مقالته التي نشرها عن هذا الداء في رسالة روجه وفيدال وتسيه بقوله « هو مرض عفني ووبائي » ·

والاستاذ ترابو من معلمي معهد الطب في دمشق بعد ان شاهد الضنك ودرسه نشر بضع مقالات عنه مميزاً اياه اولاً عن حمى الايام الثلاثة التي تنتقل بالبعوض الساكت وذاكراً اعراضها المميزة وعاداً الضنك في صف الامراض النفاطية العفنة

السارية الناجمة من فوعة راشحة مدنياً اياه في طرز سرايته وصفاته السريرية من الحصبة والقرمزية · وقد أيد فكره هذا في موءتمر القاهرة الطبي الاخير ·

واننا بعد ان شاهدنا بانفسنا وافدة الضنك الاخيرة في دمشق قد انحزنا الى رأيه وكان لنا مع زملائنا البيروتيين جدال عنيف حمي وطيسه فنشرنا منذ سنة دفاعاً عن قضيتنا في مجلة بيروت الطبية وفي مجلة معهدنا الطبي مقالات عديدة ولم نرم في ما كتبنا الا الى طلب الحقيقة والسعي وراءها ·

يظهر لنا ان الضنك الذي يغشى شواطىء بحر الروم مرض مستقل لا رابطة تربطه بالضنوك الاخرى التي تظهر في البلدان الحارة ·

واننا نرغب في ان نلخص لقراء هذه المجلة الفرنسية البراهين التي استندنا اليها في الدفاع عن رأينا ذاكرين بعدئذ الصفات السريرية التي كانت اشد بروزاً في وافدة الضنك التي شاهدناها ·

. . . . .

ان الضنك الذي نشاهده في ناحية دمشق هو مرض نفاطي اما الضنوك التي تظهر في البلاد الحارة فهي ضنوك لا نفاط فيها · الضنك الدمشقي ضنك متقطع الظهور فقد زار دمشق في اثناء الحرب الكبرى سنة ١٩١٧ ثم هجرها عشر سنوات ولم يعد الى زيارتها الا في تموز وآب سنة ١٩٢٧ وهذه خطته في سائر البلدان الاخرى التي يغشاها لانه قد غاب عن اثينا ١٥ سنة قبل ان يعود اليها في صيف ١٩٢٨ اما ضنوك البلاد الحارة فهي امراض فصلية سنوية تظهر مع فقس الناموس وتختفي بموته · ولا تظهر هذه الضنوك الا في البلدان المنخفضة حيث المستنقعات وحيث البعوض اما ضنكنا فلا يخشى المرتفعات فان الاستاذ

دبرون شاهده سنة ١٨٨٩ في قرى تعلو زهاء ١٢٠٠ متر عن سطح البحر وقد شاهده زملاؤنا اللبنانيون هذه السنة في قرية اهدن التي تعلو زهاء ١٨٠٠ متر ويقول برمبت ان العلو الاقصى الذي يعيش به البعوض هو ١٢٠٠ متر ٠

وعدا ذلك فان وافدة دمشق استمرت حتى اواخر كانون الاول الى ذلك الزمن الذي قرص البرد به شديداً وامات البعوض ولا عجب فمدينة دمشق تعلو عن سطح البحر زهاء ٧٥٠ مترا والبرد فيها شديد في ايام الشتاء والحرارة الملائمة لنمو البعوض وفقسه لا تقل عن ٢٣ مئوية حسب برمبت ٠

وقد انحصر الوباء في دمشق بحي باب توما فاصيب من سكان هذا الحي ما لا يقل عن ٩٥ ٪ خلال بضعة اسابيع ولم تقع في الاحياء الاخرى الا اصابات قليلة ٠ ولم نلاحظ ان البعوض كان في الحي المصاب اكثر منه في الاحياء الاخرى فضلاً عن ان الكلل (الناموسيات) كثيرة الاستعمال في حي باب توما وهذه الكلل لم تق مستعمليها وطأة هذا الداء ٠ فما هو السر في تفشي المرض في ذلك الحي يا ترى ؟ ان هذا الحي حي قديم ، بيوته متلاصقة لا تفصل بعضها عن البعض الاخر الا طرقات ضيقة لا يتجدد الهواء فيها ولا يكاد يدخلها نور الشمس يتزاور سكانه ليلاً نهاراً وجميع هذه الاسباب كافية لانتقال العدوى من المريض الى الصحيح والبرداء في هذا الحي قليلة لان المستنقعات بعيدة عنه وهي كثيرة في الاحياء الاخرى القريبة من المستنقعات مع ان تلك الاحياء لم يتفش فيها الضنك لانها احدث بناء ولان بيوتها اكثر تعرضاً للهواء والشمس ٠

واذا سلمنا جدلاً بانتقال الضنك بالبعوض فكيف نعلل به انتشار هـذا الوباء السريع الذي لم يترك بيتاً الا دخله ولا اسرة الا اصاب معظم افرادها وذلك خلال اسبوعين او ثلاثة اسابيع شلت في اثنائها كل حركة في ذلك الحي فاذا كانت الكلل التي عم استعمالها لم تق احداً واذا كان البعوض قد تمكن من لدغ جميع الذين اصابهم الضنك فان دور الحضانة في هذا الداء كما اثبتت اختبارات بلن و كومينو بتروس في اليونان لا يقل عن اسبوع بعد لدغة البعوضة فعلينا اذن ان نسلم بان جيشاً من البعوض قـد هاجم في الاسبوع الاول المريض الاول المصاب بالضنك وان تسعة ايام مرت عليه بعد اغتذائه بالدم الملوث لتعود وخزته ملقحة كما اثبتت ايضاً اختبارات بلن و كومينو بتروس وانه في ذلك الحين هاجم اطراف ذلك الحي دفعة واحدة فلم يترك احداً الا لدغه وان جميع الملدوغين قد ظهرت فيهم اعراض المرض بعد ان لدغوا باسبوع . وفي هذا ما فيه من الغرابة التي لا يسلم بها العقل . هذه هي الاسباب التي دعتنـا الى الشك في كون البعوض الارقش او سواه من انواع البعوض هو العامل الوحيد في انتشار ضنكنا .

. . . . .

لا نطيل الكلام عن صفات الضنك السوري السريرية لان الاستاذ دبرون قد وصفها وصفاً جميلاً . غير اننا نذكر ولع المرض بالجهاز العصبي الذي يظهر بصداع موءلم لا توءثر في تسكينه المسكنات ولا البزل القطني نفسه ولعل هذا الصداع ناجم من وذمة الدماغ الحادة . ونذكر ايضاً تأثير فوعـة الضنك بالكظر الذي يبدو بهبوط التوتر الدموي هبوطاً شديداً ووهن العضلات وهنـاً

فائقاً والتعب العصبي القوي وتكافح هذه العوارض جميعها مكافحة حسنة بالكظرين (ادرنالين) ونذكر اصابة الكلية التي كانت تبدو ببيلة آحينية بمعدل ١٠ ٪ وبقلة البول · والتوسف المتأخر الذي يعقب النفاط الخاص بالمرض وينجم ايضاً على ما نرجح من العرق الغزير الذي يتصبب من المريض · والاكلان الشديد الذي كان يحمل المريض على الحك حكاً شديداً وتخديش جسده وفتح منافذ فيه لدخول الجراثيم واحداث التقيحات الموضعية · وكثيراً ما كان يستمر الاكلان طويلاً بعد زوال العلامات الاخرى سالباً من جفني المريض الكرى ولعل سبب هذه الحكة انفراز الذيفانات بغدد الجلد العرقية · فهو يعلل لنا ظهور النفاط البدئي في اول المرض الذي يختلف اختلافاً بيناً عن النفاط الحصبي الشكل وسبب التوسف والحكة في زمن النقه كما انه يعلل لنا ايضاً على ما نرجح اصابة الكلية ·



بعض ملاحظات عن الضنك

للدكتور سامي الساطي

الاستاذ في معهد الطب بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كثيرون هم الاطباء والموءلفون الذين لا يميزون حتى الآن ضنك بحر الروم عن حمى الايام الثلاثة مع ان المرضين مختلفان كل الاختلاف يسهل تفريقهما ولا سيما على من مارس مهنته في بلاد يتفشى فيها هذان المرضان ولست ارى حاجة الى الكلام عن الصفات المميزة لاحدهما عن الاخر . وكثيرون هم الاطباء ايضاً الذين يعتقدون بانتقال الضنك بالبعوض ولعل الدافع لهم الى هذا الاعتقاد ظنهم بان المرضين واحد لا اثنان . ولسنا نظن ان قد اجريت اختبارات تدعم هذه القضية وتثبت انتقال ضنك بحر الروم بالبعوض لان الاختبارات التي اجريت حين تفشي الداء في الاماكن الموبوءة نفسها لا قيمة لها على ما نرى نظراً الى اخذ الضنك شكلاً وبائياً وانتشاره ذلك الانتشار السريع . وفضلاً عن ذلك فاننا قد شاهدنا الضنك متفشياً في مجتمعات لم يكن للناموس من اثر في الاماكن التي يقطنها اولئك المصابون وقد رأينا الضنك يصيب العدد العديد في بضع ساعات دون ان يرى اولئك المصابون في غرفهم او بيوتهم من البعوض ذلك العدد الذي يعلل لهم تلك الاصابة ويحملهم على القاء التهمة على تلك

الحشرات · فهل لاحظ سكان اثينا في صيف ١٩٢٨ حين تفشى الضنك بينهم ذلك التفشي الراعب ان الناموس كان كثيراً ؟ يخيل الينا بعد قراءة ما كتبه اطباؤهم عن وافدة الضنك ان البعوض لم يزعجهم في تلك السنة اكثر من ازعاجه لهم في السنوات الاخرى وانه لم يكن اكثر عدداً · وكذلك القول عن دمشق فاننا حين تفشي الضنك فيها لم نلاحظ ان البعوض كان اكثر عدداً ولا اشد فتكاً منه في السنوات الاخرى اما في سنتي ١٩٢٦ — ١٩٢٧ ابان الثورة السورية اذ تفشت البرداء ذلك التفشي الكبير فقد لاحظ جميع من في المدينة ان الناموس كان كثير العدد حتى ان كثرته كانت موضوع حديث القوم · ولهذا فلسنا نعتقد ان انتقال الضنك شبيه بانتقال البرداء بالبعوض بل نظن ان عامل المرض المجهول على الرغم من سلامة الرئة ينتقل من الانسان الى الانسان مباشرة بالهواء ولعله ينتقل ايضاً بواسطة الاشياء والاثواب التي لوثها المريض ·

لنرَ الان كيف يسير المرض : لهذا الداء زمن حضانة يتراوح بين يومين واربعة ايام وربما اكثر من ذلك يليه زمن الهجوم وهو اشتدادي في اكثر الاوقات يتصف ببعض علامات ابتدائية ككسل العقل وقلة الاشتهاء وبعض آلام راسية ويبدأ المرض في بعض الاوقات بعرواء مفردة شديدة او بقشعريرات متتابعة ثم تعلو الحرارة الى ٣٩ — ٣٩،٥ — ٤٠ وربما الى اكثر من ذلك · ويسرع النبض دون ان يكون تناسب بينه وبين الحرارة ويتسخ اللسان ويكسى وسطه بطلاء ابيض وتبقى حافتاه ورأسه حمراء ·

ويمحي الاشتهاء ويشتد العطش ويظهر الغثيان وتكثر الاقياء الصفراوية ·

والقبض هو القاعدة المطردة والصداع ولا سيما الجبهي كثير الحدوث والاطراف جميعها ولا سيما السفليان في النواحي المفصلية موءلمة دون اقل انتباج في المفاصل والحركات مزعجة وعضلات القطن تصاب بدعث يزداد متى ضغطت ٠

يظهر في اليوم الثاني او الثالث من المرض احمرار على الوجه والعنق والصدر والاطراف ويحترم البطن غالباً ويستمر يوماً او يومين ثم يعقبه توسف فرفري ٠ و يبدو في اليوم الخامس او السادس على الجذع والاطراف وقلما يظهر على الوجه نفاط مبرعم لا يلبث ان يزول سريعاً ٠

و يعتري المريض في الوقت نفسه اضطراب وهذيان وارق وتستمر الحرارة مع بعض الهبوط صباحاً ٠ واذا عوين الدم في سياق المرض بدت الكريات البيضاء الوحيدة النواة كثيرة بعض الكثرة والكريات الحمراء متناقصة قليلاً ٠

وتبقى هذه الاعراض حتى تبدو نوبة عرق غزير وتسقط الحرارة الى الدرجة الطبيعية وربما الى اقل منها غير انها تعود في المساء الى الظهور وتزداد عما كانت عليه في مساء اليوم الذي تقدمه ثم تسقط سقوطاً تدريجياً و يتصبب من المريض عرق غزير و يكثر بوله ٠ غير ان المرض لا يكون قد انتهى لان الاشتهاء يبقى قليلاً والنبض بطيئاً والوهن شديداً والطرفين السفليين والمفاصل موءلمة وهذا هو زمن النقه الطويل المدة الذي يستمر اسبوعين وربما اربعة اسابيع وهو ذو علاقة بتشوش وظيفة الكظرين على ما يخيل الينا ٠

العراقيل : نادرة · يقل البول ويظهر فيه آح قليل كما في اكثر الامراض العفنة · ومتى بدا دم واسطوانات حبيبية في البول المتبذ (centrifugée) كان المريض مصاباً بداء بريت او بالتهاب كلية مجهول قد نبهه الضنك · وكذلك القول في الانزفة الاخرى السائرة فهي تنم عن أمراض كانت كامنة في تلك الاعضاء النازفة ·

وقد ذكرت بعض التهابات الاعصاب المحيطية ·

الانذار : سليم غير ان الموت ممكن الوقوع غشياً ·

المعالجة : تقوم باستعمال الانتبرين والاسبرين وصبغة القرفة وبالحمامات الفاترة مع الحمية اللبنية ·

الحصبة والضنك

في حادثتين

للدكتور سوتريو

احد اطباء المستشفى العسكري الفرنسي بدمشق

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

اننا نورد اولاً المشاهدتين قبل ان نبدي رأياً :

المشاهدة الاولى : دعينا في الرابع من اذار مساء لمشاهدة الولد ألن ل ... البالغ من العمر ثماني سنوات · وكان قد بدأ مرضه منذ يومين وكانت حرارته ٣٩،٣ فوجدناه واهن القوى مضعفاً يشكو دعثاً عاماً والاماً عديدة ولا سيما صداعاً شديداً فوق الوقب ·

ولم نجد بالاصغاء الى رئتيه شيئاً يستحق الذكر · البطن لين غير موءلم لا قرقرة في الحفرتين الحرقفيتين ولا صمم في رجا الطحال ولا ضخامة في الكبد · اللسان كثن قليلاً · البلعوم وغشاء الفم المخاطي احمران ، لا ضخامة في اللوزتين · علامة كوبليك مفقودة · ضغط المقلتين والحدبتين فوق الوقب موءلم ·

فازاء هذه الحالة لم نضع تشخيصاً بل تركنا الامر الى الغد ·

عدنا في الخامس من اذار صباحا فكانت حرارة الصغير ٣٩ وكان قد قآء ليلا عدة مرات فرأينا نفاطًا متفرقًا على الوجه والاطراف : اليدين والساعدين والساقين ، اللسان كثن، العينان محتقنتان تدمعان قليلاً ، الحدبتان فوق القفا موءلمتان

فشخصنا حصبة ·

في ٦ آذار الحالة نفسها ، الحرارة ٣٩ · النفاط اكثر انتشاراً فعلى الجذع نقط صغيرة

محددة جيداً وعلى الساقين نفاط مجتمع جداً شبيه بصفائح مشابهة لار ياف الشرى ٠

في المساء هبطت الحرارة الى ٣٨،٢ وكان المريض لا يزال يشكو الاماً عضلية مع تغلبها في ناحية القطن ولا يزال متعبا واهن القوى يتحاشى تناول كل شيء خوفا من القيء ولا يقبل بعد الالحاح الشديد الا ليمونية مثلوجة ٠

في ٧ اذار زال النفاط جميعه ، سقطت الحرارة تحت ٣٨ و بقي المريض مضعفـا يشكو قطنه وفخذيه وقد زال صداعه ولم يزل يشعر بثقل في رأسه ٠ لسانه كثن ، اشتهـاوءه مفقود ٠

في الايام التالية بدأت الحالة تتحسن تحسنا تدريجيا غير ان التعب بقي مستعصيا ٠ وقد استمر هذا المرض ستة ايام ٠

فهل كان المرض حصبة ياترى ؟

المشاهدة الثانية : نيقول ٠ عمرها ٤ سنوات شعرت في الوقت نفسه صباحـا بحرارة ٣٩،٢ ونفاط متفرق حصبي الشكل على الساعدين والساقين وصداع شديد ولا سيما فوق الوقب ، العينان محتقنتان ، اللسان كثن ، الاقياء متواترة ، الالام القطنية شديدة ٠

شخصنا حصبة ٠

بقيت الحرارة في الغد ٣٩ وظلت الصغيرة تشكو قطنها وكانت تتـألم وتنزعج حين تحرك عينيها ، اللسان كثن ، القهم تام بقيت الاعراض نفسها في الايام التالية ، النفاط زال في اليوم الرابع ، الحرارة سقطت في اليوم الخامس الى ٣٧ ولم يبق في المريض سوى الوهن والقهم والتعب ٠

فهل هي حصبة ياترى ؟

. . . . . .

اننا شخصنا في هاتين الحالتين الحصبة وقد شككنا في كلتا الحالتين و بعـد يومين في تشخيصنا ٠ ولم يخـالجنا الشك فقط بل اننا نعترف ان الاسس التي

بنينا عليها تشيخصنا كانت واهية ·

لان المريضين لم يصابا بنزلة عينية انفية ولا باعراض رئوية قصبيــة ولا بعقد بلغمية ضخمة في الناحية السباتية ولا فوق البكرة ولا في الثنية الاربية · اما طريقة العدوى في كلا المريضين فكانت مجهولة ·

فلو ان المريضين اصيبا في الربيع او الخريف لما كنا شخصنــا حصبة بل ضنكاً لان اعراض الضنك المميزة ظهرت في كليهما كما ظهرت في العدد العديد من المرضى الذين دعينا الى معالجتهم في صيف سنة ١٩٢٨ وهي : علو الحرارة الفجائي ، الصداع الشديد فوق الوقب وفي الجبهة ، الالام العضلية والقطنية ، الاقياء ، احتقان المقلتين ، النفاط السريع الزوال على الوجه واليدين والساعدين والساقين ·

غير ان ما حرفنا عن تشخيص الضنك ووجه انظارنا الى الحصبة هو مــا قرأناه في المؤلفات عن وفود الضنك في الصيف وحدوث هاتين الحــادثتين في اذار وانتقال الضنك بالبعوض الارقش او الكولكس · ففي بدء اذار سنة ١٩٢٩ لم يكن في دمشق بعوضة واحدة لان فصل الشتاء كان طويلا وقارصا فاذا قيض لبعض البعوض ان يعيش في السواحل فلم يكن باستطاعته ان يغزو البلاد الداخلية لان المواصلات مع بيروت كانت مقطوعة زهاء شهر ونصف · وكان على قمم لبنان والانتي لبنان جبال من الثلج يستحيل على البعوض قطعها للوصول الى دمشق ·

الضنك هو المرض الذي طرح على بســاط الدرس · حتى خيل الينا انهم قد توصلوا الى معرفة صفاته جميعها · فهم قد خصصوه من الوجهة الجغرافية

بالشواطىء والاراضي المنخفضة . ولكن كم من الشواذ على ما يقولون . افلم يغش في لبنان قرى تعلوا اكثر من الف متر عن سطح البحر ؟ الم يغز الداخلية بعيداً عن البحر و يصل الى جبل الدروز فهل سهولة المواصلات وقربها كانا السبب في نقله وانتشاره ياترى ؟ وهل علينا ايضا ان نسلم بظهوره في فصول السنة جميعها وهل هناك عامل ناقل جديد غير ما نعرفه ؟

كل هذا يلقي على الضنك ستاراً من الجهل يحجب عنا كنهه لان المظاهر التي يظهر بها عديدة

واننا نسأل القراء صفحاً عن ايرادنا هاتين المشاهدتين اللتين تهدمان معلوماتنا الماضية عن الضنك ونرجو منهما تجاوزاً عن الخطإ الذي اقترفناه بتشخيصنا حادثتي الضنك حصبة ولو لوقت قصير .



الفرق بين ضنك البحر المتوسط

والعلل الشبيهة به

للدكتور ترابو الاستاذ في معهد الطب بدمشق

وطبيب المستشفيات العسكرية فيها

ترجمها الدكتور ميشل خوري

اذا وفد الضنك متخذاً شكلاً وبائياً وتفشى في البلاد الى درجة تبلغ فيها اصاباته الالوف في بضعة اسابيع ، على حد ما جرى في ازمير سنة ١٨٨٩ وسورية في صيف سنة ١٩٢٧ واثينا في السنة الفائتة لا يعود التشخيص الذي يفرقه عن سواه من الامراض امراً عسيراً · فهو داء نفاطي ليس بين سائر الامراض النفاطية ما يقوى نظيره على اصابة ثلثي سكان مدينة خلال اسبوعين اثنين دون ان يراعي عمراً او جنساً غير انه حينما يكون وباؤه اخذاً بالفتك والتفشي في احدى المناطق الساحلية على شاطئ البحر المتوسط ، فان التموجات الاخيرة لموجته المعدية الاصلية قد تظهر اصاباتها اخف وطأة واقل عدداً في مكان قصي عن البوءرة التي نشأت فيها · وهذا نفس ما حدث في اثينا ومالطه وتونس في صيف ١٩٢٧ في حين ان نار الوبأ كانت آخذة بالتلظي في سورية ولبنان ، يشبه ذلك ما حدث في الجزائر في الصيف التالي لتلك السنة على حين كان الضنك يفتك في اثينا فتكته الذريعة المعروفة ثم ان اوبئته الشديدة قد تبدأ بحوادث قليلة

تسبق انفجار الوباء الوبيل · ففي هاتين الحالتين اي حينما تأخذ اصابات الضنك الاولى القليلة بالظهور وحينما تظهر منه اصابات خفيفة الوطأة في امكنة قصية عن مركز الوباء الاصلي يكون في التشخيص الفارق اذ ذاك شيء من الصعوبة · فيجب والحالة هذه ان توضع الاسس الراسخة التي يتميز بها الضنك عن سواه من الامراض ·

· · · · · · ·

يقول المؤلفون ان ضنك البحر المتوسط داء نفاطي كثيرة اشكال نفاطه ولكنه يشبه عادة نفاط الحصبة والقرمزية · فيجب اذاً ان يميز عن هذين المرضين وعن الامراض النمشية (maladies pétéchiales) حينما يجتمع فيها النمش فيشبه نفاطاً حقيقياً الامر الذي يشاهد احياناً في الحميات التيفية وفي الربيض (التيفوس) · وفضلاً عن ذلك فان ضنك البحر المتوسط مرض حمي ومظاهره تنم عن ولوع عصبي (سكارافوس) وهذا الولع بالجهاز العصبي (neurotropisme) يختار الاعصاب المحيطية اخذاً اشكالاً مختلفة فيكون طوراً الاماً عضلية واناً مفصلية وحينا عصابية (névralgiques) فيجب اذاً ان يتميز الضنك ايضاً عن سائر الامراض الحمية المصحوبة بالام عصبية تشبه آلامه وعلى الاخص في طوره الذي يسبق النفاط وذلك لان النفاط الحقيقي فيه انما هو عرض نهائي (سكارافوس) ففي هذا الطور قد يلتبس الضنك بالنزلة الوافدة وبالبرداء التيفية الشكل والرثية المفصلية الحادة وفي يوميه الاولين بحمى الايام الثلاثة · واخيراً فان ضنك البحر المتوسط قد تعود حرارته الى الارتفاع بعد السقوط (دبرون وسكارافوس) · وبسبب هذه الصفة يجب تمييزه احياناً عن الحمى الراجعة وعلى الاخص عن ضنوك البلاد

الحارة المعروفة بضنوك روجرس وكلاراك الكاذبة . وما هذه الضنوك الا فئة من الامراض المختلفة غير النفاطية تنتشر بالبعوض (روجرس ، غرال ، فاسال ، بروشه ، ليو بولد رو برت) وتلك صفة - نعني بها الخلو من النفاط - كافية من الوجهة السريرية لتحفر هوة سحيقة بين الامراض المذكورة آنفا وبين ضنك البحر المتوسط على الرغم من ان السواد الاعظم من العلماء اطلق اسماً واحداً عليها جميعاً .

. . . . .

وقبل الخوض في الموضـوع نقول ان الضنك يسهل تمييزه عن الامراض النفاطية فليس بينه وبين الحصبة اعراض مشتركة خلا الحمى والنفاط الذي لا يكون دائما في الضنك حصبي الشكل بل قد يكون قرمزيه و يسبقه في الحصبة نفاط باطن فمي (enanthème buccal) متصف بكونه احمراراً نقطياً (erythème pointillé) واقعاً على الحفاف (voile du palais) او يسبقه التهـاب كومبي اللثوي الاحمراري اللبي (gingivite erythémopultacée de Comby) وعلامـة كوبليك وفضلا عما تقدم فان نفاط الحصبة يبدأ في الوجه ثم يمتد الى الجذع والاطراف في الايام التالية بيد ان نفاط الضنك لا تسبقه علامات بلعوميـة تستحق الذكر وفي بعض الاوقات يجتنب الوجـه ويكون اكثر تفرقا واقل اجتماعاً مما هو في الحصبة وفي وسعه ان يشرع باليدين والساعدين (سكارافوس) ومن جهة ثانية فان الضنك يفاجئ الاشخاص وهم عاكفون على اعمـالهم فيغلبهم ويمنعهم من العمل مسببا لهم آلاماً موضعية وعامة وذلك ما يسمى ضربة المطرقة (او ابا دبوس كما يسميه العرب) في حين ان هذه المظاهر المؤلمـة

لا تصادف في الحصبة التي تختلف ايضاً عن الضنك بكونها تبدأ تدريجيا وتسبقها امارات (prodromes) ودمّاع وزكام وعلامات التهاب في القصبة واحتقان في الرئة ٠ ثم ان الضنك يتصف في طور التماثل بحكة وتوسف شبيه بتوسف القرمزية ، اما الحصبة فاذا صحبها توسف فرفري صفيحي فانه يكون خالياً من الاكلان ٠

واخيراً فان الحصبة تنتقي من تصيبه من بين الاطفال واليفعان غير متخذة شكل وباء شديد الوطأة الا نادراً في حين ان اظهر صفات ضنك البحر المتوسط انه يرغب في المساواة فيسطو على كل الاعمار من غير ان يرحم طفولة او شيخوخة ٠

ولا يلتبس الضنك بالحمى القرمزية الا متى اتخذ نفاطه الشكل القرمزي غير ان هذا اندر من النفاط الحصبي ٠ وليست الحمى القرمزية كثيرة الحدوث في بعض البلاد التي يقطنها الضنك كلبنان وسورية وربما اسية الصغرى وهي اذا حدثت فيها فيندر ان تكون وباءً شديد التفشي ٠ يزاد على ذلك ان الحمى القرمزية ليست بالداء المفاجىء كالضنك فهي تصيب المريض تدريجياً وتبتدىء بالتهاب بلعومي واسم (angine pathognomonique) لا نصادفه في الضنك واخيراً فان النفاط القرمزي يظهر في اليوم الثالث ولا يتأخر الى حين اشتداد المرض في اليوم الرابع او الخامس كما يحدث في الضنك (سكارافوس)

وقد يخطأ في تشخيص الضنك فيحسب وردية (rubéole) متى كان نفاطه وردي الشكل ولكن مظاهر الضنك العامة لا تظهر بنفس الشدة في الوردية ولا اثر للحمى فيها وان حماها تكون طفيفة قصيرة الأمد ٠

يزاد على ذلك انها تكون مصحوبة بالتهاب الحنجرة والتهاب القصبة واحمرار

البلعوم و يبتدىء نفاطها بالوجه لا في اليدين والساعدين كما يجري في الضنك والفرق الاخر بين هذين الدائين ان الضنك يجتنب العقد في حين انها لا بد ان تصاب في الوردية·

ولا يحسن التردد طويلاً في التفريق بين الضنك والامراض النمشية فهو يتميز عن الحميات التيفية بحلوله الشرس الفجائي · فلهذه الحميات طور امارات تصعد في اثنائه الحرارة تدريجياً خلال ثلاثة او اربعة ايام على حين ان الضنك تبلغ حرارته الاربعين في ساعاته الاول ، كما ان خط الحرارة المنحني يبقى مرتفعاً في الحمى خلال الاسبوعين الاولين ، اما الضنك فتهبط حرارته في نهاية الاسبوع الاول · ثم ان الاعراض في احدى العلتين تختلف اختلافا كبيراً عما هي عليه في الاخرى فمن النادر ان تكون اعراض الالم في الحميات التيفية شديدة كما هي في الضنك · وفضلاً عن ذلك فان المريض يشكو فيه حصراً ويشعر شعوراً خاطئا بشدة وطأة الداء الامر الذي لا يشاهد في اشد حوادث الحميات التيفية ويبدو المصاب بالحمى التيفية رازحاً تحت عبء الداء هادئاً ان لم ياخذ بالهذيان في حين ان المصاب بالضنك يكون محتقن الوجه مضطرباً يتقلب في سريره ذات اليمين وذات اليسار ، وتراه وهو مالك وعيه يحاول ان يستقر في فراشه على وضع يهدىء شيئا من آلامه الشديدة ولا سيما ما يشكوه من شدة الصداع الدائم الذي يجعله سريع الانفعال يهتاجه اخفت الاصوات كما يهتاج المصاب بالام الشقيقة · ومتى ظهر النفاط يكون شكله عدسيا وقطره اصغر من قطر نفاط الضنك الحصبي اذ ان هذه البقع تكون اكبر حجماً واكثر تقارباً ولا تزول زوالاً تاما لدى ضغطها بالاصبع وهي تقع في الجذع والاطراف

ناشئة احياناً في اليدين والساعدين وذلك ما لا يشاهد في النفاط التيفي · واخيراً فان تفاعل فيدال واستنبات الدم لا يتركان مجالاً للريب والالتباس ·

على ان الغالب ان يخطأ في التمييز بين الضنك والحمى النمشية التي يشبه نفاطها نفاط الضنك وتنشأ في بقع حمراء على ظهر اليدين فالبقع اذن متماثلة الشكل والموقع الذي تنشأ فيه ، ولكن بقع الضنك تبتدىء غالباً في راحة اليد وقلما تبدأ على ظهرها ثم تاخذ بالانتشار فتصيب الرأس والعنق ، وهذان تجتنبهما الحمى النمشية التي تتخطى فيها الحرارة مدى الاسبوع الواحد · يزاد على ما تقدم علامات فارقة اخرى كتفاعل وايل فلكس ووجود القمل واثار لدغه التي يتركها في الجلد ·

· · · · · ·

والان نذكر فيما يلي وجوه الفرق بين الضنك والحميات التي لا نفاط فيها فهو يختلف عن النزلة الوافدة بحلوله الفجائي ، وخلوه من الاستقرارات الرئوية (ترابو وسكارافوس) وشدة الخزرة والالام العضلية والمفصلية فيه · يضاف الى ما ذكر ان اوبئة النزلة الوافدة تحدث في الفصل الرطب البارد في حين ان اوبئة الضنك تحدث في فصلي الصيف والخريف ويختلف الضنك عن التوعك الحمي بنشوئه المباغت · وكونه اشد ايلاماً للعضلات والمفاصل ويصحبه في الكظر قصور يستمر مدة النقه الطويلة (ا · خوري)

ويتميز الضنك عن الرثية المفصلية الحادة بخلوه من الالتهابات المفصلية والعراقيل القلبية العضوية وبطول امد حماه وشدة الوهن فيه واستعصائه على المداواة الصفصافية التي يذعن لها عادة داء بويو ·

وهو يبتعد عن البرداء المغيرة التيفية الشكل باعراضه الأليمة الخاصة وخلوه من ألم الطحال وضخامته (سكارافوس) واستعصائه على الكينين وخلو الدم من الحييوينات الدموية ·

وهو يختلف عن حمى الايام الثلاثة بكون ارتفاع الحرارة فيه اطول امداً · اذ ان حمى الايام الثلاثة هي في الحقيقة حمى يومين · واما في اليوم الثالث فان الحرارة تاخذ بالاقتراب من حدها الطبيعي ويختلف ايضا عنها بنفاطه الخاص الذي تخلو منه هذه الحمى ، ما عدا النفاط العرقي الناجم من العرق الغزير الذي يصادف في حميات البلاد الحارة ويشاهد في بدء الضنك · زد على ذلك ان ظهوره انما يكون في اوقات متقطعة تفصل بينها عدة سنوات ، في حين ان حمى الايام الثلاثة انما هي مرض فصلي سنوي يحدث في الفصل نفسه وفي الاماكن نفسها ·

وينبغي ان يفرق ضنك البحر المتوسط عن الامراض الحمية كالحمى الراجعة وحمى مالطة · غير ان ذلك يجب ان يكون في الاسبوع الاول لان الضنك قلما تطول مدته اكثر من ذلك · كما ان رجوعه اذا حدث - على مافيه من ندرة - فانما يكون في اثناء الايام الثمانية وبالاجمال فانه يختلف عن الحمى الراجعة بندرة رجوعه وبقصر الفترة التي تفصل نوبته الاولى عن الثانية ، وبخلو الدم الجديد من بريميات او برمير ويختلف عن حمى مالطة بقصر مدة ارتفاع الحرارة فيه وخلوه من التموجات الحمية التي تتصف بها هذه الحمى وبالتلازن المصلي (séro - agglutination) واستثبات الدم السلبيين فيه ·

· · · · · ·

لم يبق بعد الاسهاب المتقدم الا ان نبين وجود الفرق بين ضنك البحر المتوسط وضنوك البلاد الحارة و بما ان هذا الامر يستدعي عناية خاصة فلا بد من ايراد لمحة تاريخية لاجل جلاء الغامض في ذلك ٠

لقد كانت هذه الضنوك فيما مضى تسمى بالضنوك الكاذبة (روجرس وغرل) وكانت توءلف قسماً من الحميات الاقليمية التي شملت البرداء والحمى الصفراء والضنوك وحميات البحر الاحمر والبحر الهندي وحمى مصوع وحمى ثغور الهند الصينية وجزائر الانتيل وشاطئي المحيط الاطلنتيكي وحمى الايام الثلاثة ٠ غير ان التقدم العلمي اظهر وجود الفرق بين افراد ذلك اللفيف ٠

فكشف الحييوين الدموي فصل البرداء عنها وجاءت تجارب الاميركان كفيلة بتمييز الحمى الصفراء واوضح المخبر ان حميات البحر الاحمر ومصوع والهند والهند الصينية لم تكن سوى اشكال من الملاريا ٠ وكشف الستار عن كنه حمى الايام الثلاثة بفضل التحريات التي قامت بها البعثات النمساوية والايطالية وتممتها المشاهدات التي اجريت في سورية خلال عدة سنوات فلم يبق من مجموعة تلك الحميات الاقليمية غير حميات الهند الصينية اي ضنك روجرس الكاذب وحميات جزر الانتيل وشاطئي المحيط الاطلنتيكي المعروفة بضنوك كلاراك الكاذبة وانما الان فيما بقي من هذا البحث نضم هذه الوحد المرضية في فئة واحدة نطلق عليها اسم ضنوك البلاد الحارة ونحاول ان نميزها عن ضنك البحر المتوسط

. . . .

غير خاف ان لضنوك البلاد الحارة صفات مشتركة ، مع ان النفاط لا يصحب اياً منها فقد يشاهدفيها في بدء الحمى نفاط عرقي كما يشاهدفي الضنك

الاوروبي ، ولكن هذا النفاط العرقي لا يليه نفـاط الضنك الاوروبي الواسم (روجرس و بروشه وفاسال وليو بولد روبرت)

اما من الوجهة الو بائية فان الاحوال التي تصحب نشوء هذه الضنوك هي نفس تلك التي تصحب ظهور البرداء . ثم ان ضنوك البلاد الحارة انما هي امراض تحدث في المناطق الساحلية والبطائح المنخفضة ، فتصيب الاشخاص المقيمين فيها من غير ان تمتد الى مناطق اخرى بعيدة عنها . وانها تحدث وتنتشر سنوياً . فهي اذاً من الامراض الفصلية . واما ضنك البحر المتوسط فهو داء نفاطي وهو من الوجهة الوبائية يخالف ناموس الدوران السنوي للامراض الفصلية . فهاتان الصفتان الرئيستان الواحدة سريرية والاخرى وبائية كافيتـان لجعل ضنك البحر المتوسط داء يختلف عن ضنوك البلاد الحارة .

موءتمر الجراحة الفرنسي الثامن والثلاثون

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

عقد موءتمر الجراحة الثامن والثلاثون هذه السنة في باريس منذ ٧ تشرين الاول حتى الثاني عشر منه ·

القى رئيسه الاستاذ تيكسيه من ليون في حفلة الافتتاح خطاباً وصف فيه تاريخ تطور الجراحة في فرنسة خلال السنوات الخمسين الاخيرة منذ طبقت في الجراحة مبادىء باستور ·

ثم انتقل الى تبيان ما يحتاج اليه الجراح من المعلومات علمية كانت ام ادبية مبيناً اهمية العلوم المتنوعة التي لا غنى لطالب الطب عنها ولا سيما المعلومات الواسعة عن التشريح والطب الجراحي الامر الذى تعني به فرنسة عناية خاصة و يقر لها به الاجانب ·

وقد ابدع الاستاذ تيكسيه كل الابداع وحرك العواطف حين كلامه عن الصفات الادبية التى يتصف بها الجراح فقال عنه انه يضحي بالقسم الاكبر من وقته في المستشفى و بين المرضى بعيداً عن المسرات ولسواه الحق بالاشراف على اعماله والحكم على نجاحه او خيبته فيها : « وان كل توسط من توسطاته الجراحية موضوع ينقده الحضور نقداً دقيقاً سواء اكانوا من طلبة الطب الاحداث او القدماء فان العملية تجرى جهاراً والمبضوع (opéré) ينقل بعدها الى قاعة مفتوحة ابوابها لمن اراد حيث يتمكن كل راغب من معرفة ما آل اليه ذلك العمل الجراحي · وانهذه الصراحة وهذا الجهر بتعاليمنا واجراآتنا الجراحية امر قد ورثناه عن اسلافنا وهو من تقاليد العلوم السريرية في فرنسة واليه يعود الفضل في تربية الجراح الفرنسي تلك التربية العالية الخالية من كل شائبة · »

وقد انهى الخطيب كلامه متمنياً ان تقام المستشفيات سواء أكانت حكومية ام خاصة في بقعة واحدة ليسهل على المرضى الاستشفاء وعلى الجراحين العمل وعلى الطلبة الاستفادة وتوفير الوقت ·

ثم جلس الخطيب بين عاصفة من التصفيق ·

· · · · · · ·

وعلى الاثر بحث الموءتمر في المسألة الاولى وكان قد ضرب لها موعداً في ذلك النهـار وموضوعها « معالجة السل الرئوي الجراحية »

والمكلفان باعدادها هما برار من ليون ولاردينوا من باريس

واننا نستخلص مما قالاه ما يأتي: ان حوادث السل الرئوي التي تستدعي المعالجة الجراحية تعادل ٥ ٠/٠ من مجموع حوادث السل كافة · والتوسطات الجراحية التي تعيض عن الريح الجنبية الاصطناعية متى كانت هذه الطريقة لا تكفي او لا تفي بالمراد هي اثنان قطع عصب الحاجز وقطع قسم من الاضلاع · والغاية منهما دفع الرئة المريضة الى الانخماص ومنعها عن الحركة وانضغاطها وتقليل الدوران فيها وتصليبها ·

واستطبابات كلتا الطريقتين هي بعد ان يكون المريض خالياً من الآفات السليـة الاخرى وهذا الشرط اساسي ١ً — ان تكون حالته العامة حسنة .و يصادف هذا كثيراً في الشيوخ المسلولين المتليفين الذين لا عمل لهم · ٢ً – ان تكون الافة في جهة واحدة ·

غير ان العملية مهما اتسعت مساحتها لا تكفي لاحداث الانخماص الرئوي الكافي لان هذا الانخماص يستدعي عاملاً حيوياً آخر مهما وهو انقباض النسيج المريض عفواً انقباضاً متسعاً ·

وقطع الاضلاع عملية خطرة لا يجوز اجراوءها الا متى كانت الافات السلية في دور السكون اما الريح الصدرية فهي عملية خفيفة يجوز اجراوءها متى كانت الآفات سائرة سيراً بطيئاً ·

فاذا قطعت الاضلاع والسل في سيره الحاد كان الخطر الجراحي كبيراً مناسبا لحـدة سير الافة ·

وقطع عصب الحاجز اقل خطراً من قطع الاضلاع واستعماله اعمّ منه و يجوز اشراكه معه او مع الريح الصدرية ·

تقطع الاضلاع متى كانت الافات قرحية ليفية قديمة ملتصقة بغشاء الجنب وواقعة في جانب واحد وساكنة ولا تفيد الريح الجنبية في هذه الحالة ·

و يقطع عصب الحاجز في الافات القرحية الخطرة بعد سكونها او متى كان سيرها بطيئاً

وكانت متجهة الى الانكماش ٠

فيحسن استعماله والحالة هذه في انواع السل الليفية الجنبية او في الانواع الجنبية الخفيفة الخطر متى لم تنجع الريح الصدرية وكان قطع الاضلاع متعذراً ٠

وفائدة المعالجة الجراحية في سل الرئة لا تحتاج الى برهان فهي قد وضعت منذ اربعين سنة وشفت في هذه المدة العدد العديد من المرضى غير انها تستدعي اشتراك الطبيب والجراح في العمل والصبر والجلد ٠

فاذا بكر في اجراء هذه التوسطات لصدور مصاب بسل رئوي فقط لم تتجاوز الوفيات الجراحية ٥ او ٦ ٠/٠ وتحسن من المرضى ما لا يقل عن ٦٠ — ٧٠ ٠/٠ تحسناً كبيراً وثابتاً وشفي منهم شفاء سريريا محققاً ما يعادل ٤٠ ٠/٠ بيد انهم لو عولجو معالجة دوائية فقط خابت هذه المعالجة ولم يجنوا منها اقل فائدة ٠

وربما دعي الجراح الى معالجة العراقيل الجنبية الناجمة من الافات الرئوية فيجب ان ينزل انصباب الجنب في بدئه مع مراعاة الطهارة مراعاة دقيقة دون اضاعة الوقت بالمعالجة الدوائية متى مر زمن قليل عليها ولم تنجع وعليه ايضا ان يعالج الجناب القيحي قبل ان ينفتح او بعد تنوسره بوضع احافيض دقيقة واشراك هذه المعالجة بقطع عصب الحاجز او قطع الاضلاع حسب الطريقة التي يستحسنها ٠

وبعد ان انهى درس المسألة الاولى انتقل المؤتمرون الى درس المسألة الثانية التي كلف باعدادها روشه من بوردو وسورل من باريس (بارك) وموضوعها : « امتطابات الاستجدال (ostéo-synthèse) في معالجة داء بوط ونتائجه » ٠

واس هذه المعالجة تثبيت قسم من الفقار قد نخره السل بربط النواتىء الشوكية ربطاً محكماً بعضها ببعض على الخط المتوسط بطعم عظمي او بربط أقواس الفقار بعضها ببعض بطعوم عظمية طويلة لينة او صلبة معيضة عن الجبائر او باحداث قسط (arthrodèse) في النواتىء المفصلية وذلك بايجاد شريحات عظمية مأخوذة من الصفائح والنواتىء واركاب بعضها على البعض الاخر لتعود قطعة واحدة بعد تعظمها ٠

والغاية من كل هذا تثبيت الفقار تثبيتا قويًا لا يستطاع الحصول عليه بالمشدات واجتناب الرضوض في اثناء هذه المعالجة الطويلة وتحاشي التقرحات الضاغطة وانتشار الافة السلية بجعل الفقار قطعة واحدة ٠

وقد أستنتج المؤلفان بعد ان اوردا بحثاً تاريخياً عن استجدال العمود الفقري وحللا هذه الاعمال تحليلاً دقيقا و بعد ان ذكرا اعمالها الخاصة النتائج الاتية :

لا تتوصل العمليات المحدثة للقسط وحدها الى شفاء داء بوط شفا سريعاً بل فائدتها انها تثبت البؤرة المصابة وتحصرها ٠

ولا يستحسن اجراء هذه العمليات في الاولاد لان النتائج المستحصلة من الطرق التجبيرية العادية حسنة وكافية ٠ اما في الكهول فقلما تفيد طرق التجبير والعمليات الجراحية مفضلة على ان تشرك مع المعالجة العامة والتجبير لان هذه الطرق تكمل احداها الاخرى ٠

ومضادات الاستطبابات عديدة والمحتاجون الى التوسطات الجراحية قلما يتجاوزون ثلث الحوادث ٠

وافضل وقت لاجراء العملية هو بدء زمن الترمم وفضلى الطرق الجراحية هي الاستجدال بوضع طعم مأخوذ من الظنبوب (tibia) على ان يكون صلباً اذا لم تكن الحدبة كبيرة ولينًا في الحالات الاخرى ٠

ومدة التثبيت بعد العملية ٥ — ٦ اشهر عادة ومدة النقه الذي لا يزال القسط بها ضعيفًا ومحتاجًا الى لبس مشد ستة اشهر اخرى وربما سنة ٠

والعملية لا خطر منها متى احسن اجراؤها ونتائجها حسنة لانها تمكن المريض من استعادة حياته العادية في ٦٠ — ٨٠ ٠/٠ من الحوادث وهي نتائج يفوق حسنها جميع النتائج المستحصلة من الطرق الاخرى ٠

. . . .

والتقرير الثالث الذي بحث فيه المؤتمر هو الذي أعده بلوك من باريس و بونه من ليون وموضوعه : « سير جروح اوتار اليد ومعالجتها »٠

بحث المؤلفان في قسمه الاول في ندب الاوتار ودرساه درساً حيوياً :

فتكلما عن طبيعة الدشبذ (cal) الوتري وقيمة طرق الخياطة وآلية الطعوم وتعودها الوظيفة ٠ وخصصا القسم الثاني بالسريريات و بحثا فيه عن الاحصاآت ٠ وافرد القسم الثالث للمداواة فوصفت فيه الطرق الاكثر استعمالا في الوصول الى الاوتار وطرز التطعيم ٠

ان لمعالجة الجرح الوتري غايتين : ١ً — اعادة الاتصال التشريحي ٢ً — استعادة الخواص الخلقية (الفسيولوجية) غير ان ترميم الاوتار العاطفة واستعادتها لوظيفتها الخلقية

لا يزالان ناقصين على الرغم من اتقان الطرق الجراحية لان الالتصاقات تمنع الاوتار عن التحرك تحركاً تاماً وعن ان تكون مرنة مرونة كافية مع ان هاتين الصفتين يسهل الحصول عليهما بعد العمليات المجراة على الاوتار الباسطة ·

وفضلى الطرق الخياطة البدئية الا في الاوتار العاطفة للاصابع التي يفضل فيها التوسط الثانوي والطعم الوتري لانهما الطريقة الوحيدة الناجعة في الترميم ·

· · · · · ·

هذه هي الخلاصة التي تستنتج من التقارير الثلاثة التي بحث فيها المؤتمر وعلى من تهمه هذه الابحاث ان يطالعها في الكتاب الخاص الذي نشرت فيه هذه الاعمال وهو يقع في ٤٠٠ صفحة لان المكان لا ينفسح للتطويل وما الغاية من هذه الكلمة الا ان نطلع القراء على موضوعاتها ونبين له فائدتها ·

وقبل ان ينفض المؤتمر وضع للسنة المقبلة الاسئلة الثلاثة التالية وعين لها من يعدها :

١ً — تحضير المريض للعمليات الجراحية (سونه من باريس ولامبره من ليل)

٢ً — التهاب اجسام الفقار الرضي (موشه من باريس وفراليخ من نانسي)

٣ً — التهاب المعثكلة النزفيـة (pancréatites hémorragiques) (بروك من باريس وماجنياك من تولون)

وقد رغب المعينون لهذه الابحاث الى زملائهم ان يتحفوهم بمشاهداتهم لتكون لهم عونا في وضع تقاريرهم ثم ارفض المؤتمر ·

الجزء ١٠ المجلد ٦

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٢٩ م . الموافق لرجب سنة ١٣٤٧ هـ

ثلاث حادثات داء الجلبان [1] (lathyrisme)

للدكاترة

ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي

ترجمها الدكتور شوكة الشطي

قدم احدنا في ٣ تشرين الاول سنة ١٩٢٣ بالاشتراك مع طبيبي المستشفى الفرنسي في دمشق عرقتنجي وبينتو مشاهدة عن شخص من حوران مصاب بداء الجلبان وقد دلت افادة هذا المصاب على ان للداء هناك انتشاراً كبيراً .

واننا نورد اليوم ثلاث حادثات اخرى شاهدناها في مستشفى المعهد الطبي في دمشق وهي تكشف لنا بوءرة اخرى لداء الجلبان في سورية واقعة في احدى ضواحي دمشق وستساعدنا هذه الحادثات الثلاث على ضبط بعض صفات هذا

(١) نشرت هذه المقالة في مجلة الامراض العصبية الفرنسية (جزء تموز سنة ١٩٢٩ ص ١٠٦) وكان قد قدمها الى جمعية الامراض العصبية الفرنسية في باريس الاستاذ كلود .

المرض النادر الذي لم تسبر غوره استقصاآت الاختصاصيين القدماء بالامراض العصبية فان وصف هذا المرض كما هو مدون في المؤلفات كان مستنداً الى مشاهدات قديمة ·

المشاهدة الاولى : علي بن س · عمره اثنان وثلاثون ربيعاً من قرية التـل الواقعة في جوار دمشق ، شاهدناه في مستشفي المعهد الطبي العام بدمشق · اصيب بالداء منذ الحرب العامة وقد بدأ مرضه بثقل في القدمين آخذ بالازدياد التدريجي حتى تعذر عليه السير

تبين من فحصه ان بنيته جيدة وعضلاته طبيعية رأينا بعد انامته على ظهره ان طرفيه السفليين منبسطان وموتران واصابع قدميه منبسطة ، علامة بابنسكي سلبية في اليسار وخفيفة في اليمين ، الارتعاشات نظيرة الصرع ظاهرة في الطرفين ، الانعكاس الداغصي شديد ، الارتجاج (clonus) مفقود توافق الافعال (synergie) صحيح غير ان الساق اليمنى كانت تتحرك حركات انعطاف جانبية حين وضع العقب (talon) الايسر على الركبة اليمنى ، الحسان الجلدي والعميق سليمان ، انعكاسات الصفن طبيعية ، انعكاسات البطن سلبية ، العضلات ليست ضامرة ولا مصابة بمعص او بتقلص ليبفي او حركات تكززية او فلج ، اجراء الحركات جميعهـا متيسر الا انها بطيئة وطاقتها التجزوءية (force segmentaire) سليمة · اما السير فتشنجي وعلى الاصابع وكل شيء ما عدا ذلك طبيعي انقباض الحدقتين بالضياء وتطابقهما طبيعيان، الاغشية خالية من الاحمرار والتلون والوذمات، حالة المريض الروحية حسنة ، اعضاؤه الباقية واجهزته كافة سليمة ، بالبزل القطني انصب مائع صاف بدون انضغاط في كل لتر منه ٦٠ ، · سكر و ١٦ ، · آحين وليس فيه بلغميات تفاعلا واسرمان والغراء الجاوي فيه سلبيان ، المريض مسلم لم يعتد الاشربة الروحية ، بناء ليس معرضا لتسمم صناعي ولا للرطوبة · اجبرته المجاعة في سني الحرب العامة كما اضطرت غيره من اهالي قريته الى التغذي بخبز مصنوع من طحين فيه اقسام متساويـة من الشعير والقمح والذرة والجلبان وكان هذا المريض اول من اصيب في القرية باضطرابات عصبيـة ولم يصب افراد عيلته أبوه وامه واختاه بهذا المرض مع ان طعام الجميع واحد · وفي قريته التي يبلغ عدد سكانها ثلاثة الاف نسمة اثنان وخمسون مريضا مثله · تزوج على الرغم من مرضه ورزق خمسة اولاد مات منهم اربعة بامراض متنوعة ·

المشاهدة الثانية : احمد بن ه · من قرية التل ايضاً عمره ٢٧ عاما دخل مستشفى المعهد الطبي في دمشق فافاد انه مرض في اثناء الحرب العامة بينما كان جندياً وانه بسبب مرضه كان يقضي اكثر ايامه بين افراد عيلته ·

بدأ مرضه باضطراب وثقل مترق في الطرفين السفليين ولم يشعر بالم حقيقي ولم يصب بتقلصات ليفية او بمعص او بحركات تكززية · تبين من الفحص ان صحته العامة جيدة عضلاته نامية ، ساقاه وهو مضطجع ممتدتان ومتوترتان في وضع غير بياني ، علامة بابنسكي ايجابية في الطرفين وعلامة او بنهايم ثابتة في اليسار والارتعاشات نظيرة الصرع شديدة في اليمين وخفيفة في اليسار ، والانعكاسان الداغصيان متزايدان يناسبهما ارتجاج (clonus) خفيف ، حركة العقبين ليست صحيحة في الطرفين بل مترددة ولا يصل العقب الى الداغصة ، الحسان العميق والسطحي سالمان انعكاسات الصفن والبطن طبيعية ، السير متوتر ولكن تشنجه ليس شديداً ، الجملة العصبية طبيعية ، الحدقتان طبيعيتان وانعكاساتهما منتظمة ·

لا يدل فحص المريض العام على آفة ما خلا التهاب سلي كمئي في مفصلي كل من الركبتين لم ينجم منه قسط في كل لتر من سائل نخاعه الشوكي ٥٠ ، ٠ من السكر و ٢٠ ، ٠ من الاحين التفاعل الغروي فيه ايجابي قليلا وتفاعل واسرمان ايجابي خفيف وفيه بعض البلغميات و يفهم من تذكرات المريض ان عيلته موءلفة من ستة اشخاص وانها كانت تأكل في سني الحرب خبزاً كالخبز الذي كان يأكله ، ركباً من اجزاء متساوية من طحين القمح والذرة والشعير والجلبان (gesse) وقد اصيب من عيلته ثلاثة افراد بفالج محيطي تشنجي كما اصيب هو وهو مسلم لم يعتد الاشربة الروحية ولم يتعرض لتسمم صناعي ولم يصب بمرض ما وهو بناء متأهل وله ابنتان صحتهما جيدة ·

المشاهدة الثالثة : احمد ج · من التل له من العمر ٣٢ عاماً ، بناء تزوج ولم يرزق ولداً مضى على اصابته بهذا المرض ١٣ عاما وقد حل به مرضه على اثر اكله خبزاً معمولا من طحين الجلبان فبقي اذ ذاك طريح الفراش خمسة عشر يوما ثم اخذ يتناول كغيره خبزاً مصنوعا من طحين ممزوج من الذرة والقمح والجلبان والشعير · لم يصب بمرض خلا بضع نوب بردائية ، لم يصب بالزهري عيلته موءلفة من سبعة افراد اكلوا جميعهم في اثناء الحرب الخبز الذي ذكرنا تركيبه ولم يصب منهم الا هو واخوه · بدأ مرضه بضعف وثقل في

الساقين جعلا المشي عليه صعبا لم يشك المريض الما او معصا عضليا او حركات تكزز يـة او تقلصات ليفية او احمرارا او اضطباغا في الجلد او وذمات ٠ وقد اخذ مرضه يزداد خلال بضعة اشهر ثم وقف في الحالة التي شاهدناه فيها ٠

فحص المريض وهو مضطجع على ظهره : الطرفان السفليان منبسطان ومشدودان علامة بابنسكي ايجابية فوراً وهي تزداد اذا تحريت وتصاحبها علامة او بنهايم ٠ الطرفان متوتران بشدة اظهار الارتماشات نظيرة الصرع امر مستحيل ، الداغصة مرتجة ، الانعكاسان الداغصيان متزايدان التناظر والترتيب مختلان في تجربة وضع العقب على الركبة ، الانعكاسات الصفنية والبطنية طبيعية المصرات (sphincters) سالمة ، الحس طبيعي والسير تشنجي جميع الحركات ممكنة ، العضلات ضعيفة قليلا في قوتها ، ضامرة من نقص الحركات او اضطرابها ، الانعكاسات الحدقية طبيعية ، علامة رومبرغ سلبية ، في سائل النخـاع الشوكي ٠،٦٠ من السكر و ٠،٢٢ من الاحين ، لا اثر للبلغميات فيه تفاعل واسرمان والتفاعل الغروي الجـاوي سلبيان فيه ٠

تشبه مشاهداتنا الثلاث المشاهدة التي نشرناها سابقاً فهي تدلنا على فلـج محيطي صريح تشنجي اخذ بالازدياد التدر يجي بعد بدء المرض في اشخاص لهم من العمر ٣٢ ، ٢٧ ، ٢٢ سنة وذلك في اثناء الحرب العامة ثم وقف عن السير دون ان يطرأ عليه زيادة او نقصان فلا حاجة والحالة هذه الى تمييزه عن الفلج المحيـطي التشنجي من نمط ارب (Erb) او الفلوج الناجمة من انضغاط النخاع او من داء الدبق النخاعي (syringomyélie) ٠

تدل مشاهداتنا الثلاث على فالج تشنجي قروي ان صح هذا التعبـير لان في القرية المذكورة خمسين مريضا كهولاء المرضى الثلاثة وقد اضطر اهـل هذه القرية في اثناء الحرب الكبرى الى التغذي بخبز رديء مصنوع من اجزاء متساوية من طحين الشعير والقمح الذي لا ضرر منه ومن طحين الذرة المؤذي

احيانا ومن طحين مضر دائما وهو الجلبان (lathyrus sativus) فالذرة تحدث داء الذرة (pellagre) والجلبان يحدث داء الجلبان (lathyrisme) ·

يتظاهر داء الذرة بادىء بدء باضطرابات هضمية و باحمرار في الجلد و بوذمات و بلطخات صباغية يفصل بعضها عن بعض واحات من الجلد مستورة بتوسفات صفيحية ثم يرق جلد ظهر اليد و يبدو معص وتكزز واضطرابات في الاحساس واختلالات روحية وغير ذلك من الاعراض التي لم يشكُ مرضانا منها شيئاً وعليه فلا مجال للشك في داء الذرة بل ان الحادثات الثلاث التي اوردناها هي داء الجلبان بشكلها المعروف وهو الفالج التشنجي الصريح النخاعي المنشإ المحدود عاليا بالمأنة (region péri ombilicale) ·

على ان مشاهداتنا الثلاث تختلف ببعض الصفات عن الشكل المعروف فان المرض لم يبدأ فجأة ولم يشك مرضانا تقلصات ليفية ولا الارتعاشات التي ذكرها بروست · ولم يبدأ المرض بامارات:الام زنارية وحس تعصر في البطن والمصرات بقيت سالمة كما ابان احدنا في احدى المشاهدات التي نشرها سابقاً ·

ولا بد من ابداء ملاحظات اخرى يستدل منها ان افات داء الجلبان لا تنحصر باذية حزم النخاع المحركة فحسب بل قد تشاركها تغيرات الجامعة العصبية (neurone) المحيطية يدل على ذلك زوال بعض الانعكاسات كالانعكاسات البطنية · و يستدل من اضطرابات توافق الافعال (synergie) ان الالياف النخاعية العاملة في المخيخ ليست سالمة دائما · اما المراكز الوظيفية كمراكز المصرات والحس التناسلي والتوالد فغير موءوفة · وتدل سلامة سائل النخاع الشوكي على ان الافة صريحة لا تشاركها اضطرابات في السحايا ·

التهاب عقد العنق البلغمية

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

التهاب العقد البلغمية الحاد في العنق كثير الحدوث فمتى جيءَ بولدٍ مصاب بورم صغير في الناحية الخشائية (mastoïdienne) او في الناحية تحت الفك وكان الجلد احمر والناحية متعجنة متموجة موءلمة كانت الافة في معظم الحالات التهاب عقدة بلغمية قد تقيحت او سارت في طريق التقيح تالية لافات في الفروة او الخد او اللثات او اللوزتين ·

لنتربص حينئذ قبل مسك المبضع لان الندبة التي تعقب ذلك الشق تشوه عنق الولد · فاذا لم تكن العقدة قد تلينت تليناً تاماً ، واذا كان الصديد منحصراً جيداً في العقدة كان الانتظار مستحسناً فيكتفى حينئذ بتضميد الناحية بالماء المغلى الكحولي الذي ينقص التفاعلات حول العقدة · ومتى تم تلين العقدة تخزم دون ان ينتظر انبثاقها من تلقاء نفسها · ووضع هذه الخزمة يتم على الصورة الاتية : بعد ان تطهر الناحية بالكحول الصرفة او بالكحول اليودية الخفيفة تغرز ابرة رفردن الغليظة في القسم العلوي من الورم الصغير وفي الجلد السليم ويثقب جوف الخراج ثم تخرج الابرة من النقطة المحاذية اي من الجلد السليم لمحيط الخراجة · وتدخل ثلاثة خيوط او قدر مايستوعب ثقب الابرة من شعر فلورنسة وتخرج وتعقد اطراف الخيوط فتتكون منها عروة عريضة في الخارج لا تضيق

على الثقوب ولا تحدث في الجلد تقرحاً · ويخرج الصديد من الجيب متى ضغط ثم تضمد الخراجة بضماد خفيف الضغط ليلاصق جدار الخراجة السطحي جدارها العميق وكلما اعيد التضميد تحرك حزمة الخيوط لينفتح الثقبان فيتم الشفاء بعد بضعة ايام · ومتى نضب التقيح تقص العروة وتنزع الخيوط وتضمد الخراجة مرة او مرتين تضميداً عقيماً فيندب الثقبان دون ان يتركا اثراً ·

وفي بعض الحالات يتجاوز الصديد حدود العقدة فيكون قد تكون فلغمون عقدي يجب افراغه ولا سيما متى وقع عند زاوية الفك · وهـذا مستطاع ايضاً دون شق الفلغمون فالجلد لامع احمر رقيق جداً على اهبة الانبثاق والصديد غزير ، والانتظار غير جائز · تبزل الخراجة برأس مبضع عند محيطها و يدخل في الجيب منقاش كوهر حتى النقطة المنخفضة من الخراجة حيث يشق الجلد على المنقاش فيخرج المنقاش من هذا الثقب الثاني و يفتح قليلاً فيوسع الثقب وتؤخذ به حزمة شعر فلورنسة وتخرج من الثقبين وتعقد اطراف الخيوط كما في المرة السابقة فيتكون منها عروة واذا كانت الخراجة كبيرة وطول الخيوط لا يكفي تترك اطرافها خارجة من الثقبين دون ان تعقد على ان ينتبه لها حين التضميد فلا تنزع مع الضماد · ينفرغ الصديد انفراغاً حسناً بهذا التحفيض (drainage) وتخف الاعراض الالتهابية وتشفى الخراجة بعد بضعة ايام دون ان تترك ندبة تذكر ·

و يفضل بزل القسم العالي من الخراج اولاً فالقسم السفلي منـه بعدئذ لكي لا ينصب الصديد و يلوث ساحة العملية الا بعد ان يكون العمل الجراحي قد تمّ ·

وتلتهب هذه العقد ايضاً التهاباً مزمناً ولا سيما في الطفولة الثانية ومن الشروط الموءهلة لالتهابها الوراثة والامراض العفنة وسوء التغذية واهمال علم الصحة ٠

فمتى لم تكن الاعراض السريرية واضحة ولا يستطاع تشخيص الافة بها وكان يشك في الزهري وجب الالتجاء الى المخبر لكشف هذه الافة ٠ غير ان التهاب العقد المزمن في العنق هو في الغالب سلي فاذا لم يكن زهري ولم تكن العقد ناشئة من آفة اخرى في الجوار كالاسنان او غيرها عدت سلية وعولجت كما تعالج العقد السلية لان العنق هو المكان المنتخب للعقد السلية ٠ فان اهمال القواعد الصحية وسكنى النساء والاولاد لبيوت غير صالحة اوملوثة بالمرض تزيد الاصابات وترينا العدد الوافر منها كل يوم ٠

فبعد ان تدخل عصية السل وتقف حذاء اللوزتين او الناميات نظيرة الغدة في البلعوم او الفم عموماً تغتنم فرصة مناسبة ومنفذاً صغيراً جداً فتكمل سيرها دون ان تترك في المكان الذي دخلت منه ما ينبيء بمرورها اي دون ان تترك آفة سلية ظاهرة وتتبع المجاري البلغمية فتصل الى العقد كما لو كانت المكورات العقدية او العنقودية قد دخلت لاحداث الالتهاب الحاد اي الفلغمون الذي تكلمنا عنه منذ هنيهة ٠

وبعد ان تلتهب العقدة يتنوع سيرها فاما ان يقف الالتهاب فتتليف وهذا شكل دال على شفائها غير انها في الغالب تضخم اولاً دون ان يتبدل قوامها كثيراً ثم تصلب وتبدأ الاستحالة الجبنية فيها مع بقائها متحركة ومتى تجاوز الالتهاب القشرة وبلغ محيط العقدة التصقت وزال تحركها وافضى التجبن فيها

الى التقيح فتنبثق قشرتها او يسير الصديد نحو الجلد فيرق و ينبثق بدوره و يتكون ناسور قد ينضب و يشفى فوراً تاركاً ندبة سيئة المنظر او يستعصي لان بقايا العقدة تمنعه عن الاندمال ·

وقد لا تصاب غير عقدة واحدة او تصاب عقد كثيرة فتبدو حينئذ في العنق ادوار مختلفة · لاننا قد نرى فيه عقداً صلبة متيلفة واخرى لينة متقيحة وغيرها منوسرة ·

والمرضى المصابون بالتهاب العقد السلي مسلولون مهددون دائماً بانتشار السل الى بنيتهم بطريق الدم فعلينا ان نعالجهم معالجة عامة تقوي اجسادهم وتبدل بيئتهم وتنشط دفاعهم ·

وتقوم هذه المعالجة بمراعاة قواعد الصحة : سكنى بلاد نقية الهواء تمرنات جسدية موافقة لحالتهم ، تغذية حسنة وفي فرنسة اماكن خاصة على الشواطىء البحرية يقصد اليها المسلولون للاستشفاء كشواطىء بآرن (Béarn) والاوقيانوس وبرك (Berck) وارکشون (Arcachon) وهندوا (Hendoye) يوءمها كثيرون من البلاد الاجنبية لما يجدون فيها من الملائمة لصحتهم ·

و بالمعالجة الدوائية : يود ، زرنيخ ، حديد ، فوسفاة الجير ، مقويات مساعدة للتغذية وللسكن في الهواء الطلق ·

و بالمعالجة الحيوية : ظهرت في هذه السنوات الاخيرة خلاصة الانتيجن السلي المتيلي (antigène tuberculeux méthylique) وهي تستعمل حقناً حسب التعليمات المعطاة من مستوصف باستور الذي يحضرها · وقد تكون النتيجة حسنة اذا ثوبر على المعالجة وتذرع المريض بالصبر · ولا سيما متى كان المريض

حديث السن وكان من ذوي الثراء لان بيئة الفتى اسهل تبديلا من بيئة الكهل . ولان هذه المعالجات الطويلة تستدعي مالاً وافراً ويصعب اقناع المرضى الفقراء بقبولها والمثابرة عليها .

ويجب ان تشرك مع المعالجة العامة المعالجة الموضعية حتى ان هذه قد تفضل تلك . وهي على نوعين : المداواة بعناصر الطبيعة والجراحة . فالاستشماس (héliothérapie) والاستشعاع (radiothérapie) والاشعة فوق البنفسجي قد تفيد فائدة حسنة ولا سيما في العقد الصغيرة وفي بدء المرض او في النواسير بعد تكونها . والمصباح ذو القوس (lampe à arc) المستعمل اليوم لاجراء حمامات النور العامة او الموضعية . غير ان هذه الوسائط جميعها قد تكون منبهة وتهيج العقد المتجبنة عوضاً عن ان تشفيها . فلا بد اذن في استعمالها من الخيار . وكثيراً ما ينتهي الامر بالمعالجة الجراحية .

ان مداواة التهاب عقد العنق البلغمية عقدة من العقد التي يصعب حلها لانها ذات علاقة بالشروط الاجتماعية وانه يتعسر منذ البدء ان يجزم في مداواتها وان تفضل فيها احدى المعالجتين الموضعية او العامة على الثانية .

اما نحن فاننا نتبع ما يصنع في مستشفى برك البحري الذي يرئسه الجراح سورل :

حالة العقدة ترشدنا الى طريقة العمل فاما ان تكون متقيحة او غير متقيحة . فمتى لم تكن متقيحة فاما ان تكون مفردة او عديدة ومتى كانت عديدة فاما ان تكون كل منها متحركة مستقلة عن جارتها او ان تكون جميع العقد متلاصقة لالتهاب محيطها .

فمتى كانت العقدة مفردة صلبة متحركة لا تلتصق بالجلد كان استئصالها خير علاج لها لان الندبة التي تنجم منها تختفي في ثنيات العنق ولا تكاد ترى واذا تركت فقد تقف ثم تختفي بعد بضع سنوات غير انها قد تتقيح ايضاً ·

واذا كانت العقد كثيرة ومتحركة كان اختيار المعالجة تابعاً لعددها · فاستئصالها ينتج نتائج حسنة متى كانت العقد قليلة العدد ومنحصرة في ناحية واحدة كناحية تحت الفك اما اذا كانت العقد منتشرة في البعد حتى الجذع ومتى كانت في الطرفين معاً فليلق فكر الاستئصال جانباً · لان استخراج جميع العقد الملتهبة امر مستحيل فكثير منها لا يشعر به ولا يرى فضلا عن ان الندبة تكون طويلة ومشوهة لجمال العنق والنكس كثير الحدوث بعد مدة قصيرة · والنكس هو الحجة التي يتذرع بها الجراحون المعاكسون للاستئصال فالمعالجة العامة في هذه الحالة مفضلة واشراكها بالاستشعاع مستحسن على ان يكون الاشعاعي خبيراً ماهراً مدرباً ولا تشفى هذه العقد شفاءً تاما قبل ١٨ شهراً او سنتين ·

ومتى كانت العقد متلاصقة وكانت تهب المريض المنظر القنصلي استحال الاستئصال · وكانت المعالجة الفضلى الاستشعاع (radiothérapie) ·

اما في زمن التقيح فاما ان تكون العقدة مفردة او العقد عديدة او العقد منوسرة فاذا كانت العقدة مفردة وغير منوسرة فالتوسط الجراحي غير جائز لان الندبة التي تنجم منه تشوه جمال العنق بل المعالجة الفضلى هي البزل المتكرر حسبما تقضي الحالة مع مراعاة قواعد الطهارة مراعاة دقيقة ومع وخز الابرة في النسيج السليم اولاً وتوجيهها مائلة حتى جوف الخراجة وليكن البزل في نقطة عالية خوفاً

من التنوسر ·

ومتى كانت عقد كثيرة متقيحة عولجت كل منها كما لو كانت مفردة وهي معالجة طويلة الامد فاذا خابت وتنوسرت لجيء حينئذ الى الاستئصال ·

ومتى كانت العقدة مفردة ومنوسرة كان كشط العقدة بادخال مجرفة من فوهة الناسور بعد توسيعه اذا كان ضيقاً خير واسطة ·

ومتى كانت العقد كثيرة ومنوسرة كان في التضميدات الطاهرة والمعالجة العامة المنظمة تنظيماً حسناً بعض الفائدة وكذلك القول في المعالجات الموضعية المذكورة انفاً غير ان تحاشي الندبة امر مستحيل وكثيراً ما تقضي الحالة بالاستئصال ومعناه شق العنق شقاً واسعاً لاستخراج ما فيه غير ان هذه العملية تترك ندبة مشوهة لا تمحى الا ان هذه الندبة خير من الندب العديدة التي تنجم من تقيح عقد كثيرة وتنوسرها متى شفيت شفاء فورياً ·

وقد وصف بروكا جيداً طرز العمل في هذا التوسط الجراحي وقيض لي ان استعملته مراراً :

بعد ان يشق الجلد شقاً محاذياً للفك او للقصبة الترقوية الخشائية وذلك بحسب الحالات تحاط فوهة الناسور بشق دائري وتحرر العقدة من طبقة الالتهاب المحيطة بها بالمقراض المعقوف ومنقاش التسليخ بمسك النسيج الضام المحيط بها وليس بمسك العقدة لئلا تنبثق · ومتى نزعت العقدة الاولى تحرر العقدة المجاورة لها على النسق نفسه حتى يفضي الامر الى الوداجي الذي يسترشد به الجراح وبعد ان تنزع العقد الامامية يبدأ بنزع العقد الخلفية حتى لو كان معظم العقد في النقرة فيدخل وراء القصبة الترقوية الخشائية ومتى كانت العقد عالية يجتنب

العصب الشوكي والعصب الوجهي متى كانت العقد في الناحية النكفية و بعد ان يقطع النزف جيداً يغلق الجلد بدون تحفيض او بعد ان يخفض بخصلة شعر فلورنسة فقط ٠

وربما كانت عقد الابط والاربية مصابة في الوقت نفسه فاذا تركت وشأنها اتجهت الى التقيح والتنوسر ومتى تنوسرت صعب اندمالها وعادت عمليتها مستصعبة ٠

فالتهاب عقد الابط يستدعي اذن معالجة واحدة وهي الاستئصال : يجب ان تدخل السبابة اليسرى خلف الكتلة العقدية عند قمة الابط وتشد هذه العقد الى الاسفل وتحرر بالمقراض المعقوف وليجتنب الوريد الابطي وعصب المسننة والظهرية الكبيرتين ٠

اما عقد الاربية فالافضل الاّ يلجأ الى الجراحة في معالجتها الا متى مست الحاجة لان هذه العقد كثيراً ما تلتصق بالاوعية العميقة ٠ فيعيد الالتصاق العملية مستصعبة ونتائجها غير ثابتة ٠ بل تستأصل العقد المتحركة او المنوسرة وتبزل العقد المتقيحة ٠

اني لم اتكلم مطلقا عن الحقن المبدلة لان البزل وحده يكفي و يغني عنها ولا سيما عن المراهم المسماة بالمراهم المحللة ٠

و بعد ان تستأصل العقد اذا كان استئصالها واجباً تجب المثابرة على المعالجة العامة اجتناباً للنكس ٠

الوقاية من السل

القى هذه المحاضرة النفيسة منذ زمن ليس بالقصير زميلنا الاستاذ احمد حمدي بك الخياط وقد رغبنا في نشرها لتحفظ نفثات الاستاذ المتفنن من الضياع و يستفيد من دررها قراؤنا الكرام ·

« رئيس الانشاء »

ايها السادة الكرام

ان الداعي الى الاجتماع ، امر حيوي خطير وفي غاية الخطورة ، لانه يتعلق بكل فرد منا ابناء آدم وحواء بل بكثير ممن اظلتهم السماء من الاحياء وكلنا يعلم ان رقي الامم ونجاحها بل ونجاتها يكون بالتعاون والتكاتف بعد ان يقوم كل بما عليه من الواجبات افراداً فعلى الجندي امر المحافظة على البلاد والسهر على امنها خارجاً وداخلاً ، وعلى الحكومة احقاق الحق بين كل من افراد رعيتها على السواء · فتعم المساواة فينشط الشعب لما فيه خيره وخيرها وصلاح الكل ، وعلى الاقتصاديين كذلك درس حالة الامة اقتصادياً والسهر عليها لتتوازن اولاً ولتفيض البركة اخيراً · · · وهكذا · حتى يتناول هذا الواجب الاجمالي جميع الافراد ، كلاً بدوره ، ضمن الدائرة التي اتخذها لنفسه ·

واننا بدورنا نبسط لكم ما علينا نحن الاطباء من الواجب الاجمالي وحدنا نحو الامة و بذلك نعود الى الصدد الذي بدأنا به ·

فكما ان واجبنا الفردي تشخيص المرض في الفرد والسعي الى ملافاته بما بين ايدينا وايدي اخواننا الصيادلة من العلاجات كالعقاقير المختلفة او بالعمليات الجراحية او بحقن المصول او ما شابه ، فان واجبنا الاجتماعي ايضاً هو تشخيص بعض الامراض الاجتماعية المزمنة التي يتوقف امر مكافحتها على التعاون بين جميع افراد الامة على السواء غنيها وفقيرها ، عالمها وجاهلها ، حاكمها ومحكومها ، رئيسها ومرؤوسها وعرضها على انظاركم لتعلم حقيقة ما يتهددنا من الاخطار علنا نتلافى شيئاً منه اذا لم نقدر على دفعه كله .

من المعلوم المسلم به ان الحكومات مهما رقت وتعالى شأنها فلن تصل الى درجة الوصي المطلق على شعبها ، اي تاخذ منه ما يجب عليه دفعه لتتولى هي جميع اموره حتى العناية به في حال مرضه واعتلاله وعجزه وغير ذلك . تعلم الامم الراقية هذا لذلك نراها لا تتأخر لحظة واحدة عن ايجاد الميـاتم والملاجئ ودور الارضاع والحضانة ودور العجزة ، حتى المستشفيات وجميع انواع الاسعافات العامة . كما انها لا تتقاعس دقيقة عن تأليف الجمعيات المتنوعة لمكافحة السل والزهري او ضد الكحول او ضد الدخان والخ وذلك من الامور الاجتماعيـة والمشهور امرها .

عرفت ذلك بعض الامم المتمدنة فاخذت منذ ساعتها تسعى الى تخفيف الالام البشرية بتعاونها واتفاق كلمتها فاوجدت فيما بينها خطـة التأمين الفردي فنجحت بذلك ايما نجاح . جعلت تأخذ من كل فرد عامل مبلغاً زهيـداً من المال في رأس كل شهر ، مقداراً لا يؤثر في معاشه مهما كان حقيراً ، تأخذ منه

هذا و يدفعه بكل ارتياح ، لانه يعلم انها تتعهده ايام مرضه وعجزه وتساعده في كوارثه البدنية كلها ، تعتني به في مرضه وتعوله في عجزه او اعتلاله وتنفق على عياله اثناء مرضه ، كل هذا لقاء مبلغ قليل من المال — بضعة دريهات فقط شهرياً — وقد كان قبيل الحرب العامة المنصرمة لهذه الجمعية ما يزيد عن سبعة ملايين من الاعضاء وكان لها ما ينوف عن ١٥٠ الف سرير في مستشفياتها الخاصة او في ما يشابهها فكم يخفف هذا من ويلات تلك الامة وكم يتوفر بسبب ذلك فيها من الانفس والاموال وكم كانت تتألم تلك الامة لو لم يكن فيها امثال هذه الجمعيات وكم كانت تنوء بحمل هذه الافراد المريضة او العليلة او العاجزة لو لم يكن لها ما تأوي اليها .

وفي فرنسة ايضاً بدأت الامة منذ شعرت بمعول الخراب البشري يقوض نفوسها ، وقامت تستعد لمكافحة ذلك الخطر بالتعاون والمعاضدة حتى صار لها آلاف الاعضاء العاملة على دفع ذلك واصبح لديها عدد غير قليل من المستوصفات والملاجئ والمصاح (سانتوريوم) ولا تزال دائبة في مكافحة ذلك حتى تدفعه تماماً .

فيتضح لنا من ذكر هذه الامثلة ان الامر في درء الاخطار الصحية عن امة ما لا يتوقف بكليته على حكومة تلك الامة مهما بلغت من الرقي شأواً بعيداً بل على الافراد فيها ان يتبادلوا المعونة فيعمهم السلام وتشملهم السعادة .

فلتأسيس هذا التعاون ندعوكم والى تبادل هذه الاعمال النافعة نندبكم والى مساعدة اخوانكم البائسين نستنهض حميتكم .

آفاتنا الصحية المهددة لكياننا كثيرة ايها السادة الكرام ولكن منهـا ما لا يصطبر عليه مطلقاً فالجوائح كلها والامراض الاهلية بانواعها لم تكن بالشيء المذكور لقاء عدد قليل وقليل جداً من الامراض هي معول الفناء تحصد النفوس حصداً ذريعاً هائلاً الا وهي السل والامراض الزهرية (اي الافرنجي وحرقة البول .) والكحول في بعض الامم ايضاً .

تلك الامراض التي لا يرى الشخص فيها ذلك الخطر المداهم او البـلاء الجارف في نظره اليها نظرة بسيطة ، اما اذا تعمق في البحث عن حقيقتها فيراها البلية العظمى بل الطامة الكبرى . ثلاثة ولا ننكر انها ليست في درجة واحدة في فتكها الا ان النتيجة واحدة تقريبا في كل منها .

ولا ياخذن العجب ببعض الاخوان ولا سيما الشبان فينا من قولي هذا ولا يتضاحكوا في سرهم من حشري حرقة البول بين تلك الامراض القتـالة ذلك المرض البسيط البسيط جداً عندهم حتى ان البعض يحسبه من الامور الاعتيادية التافهة فتراه يصاب به المرتين والمرات غير حاسب لما يتركه فيه من الآثار حساباً فيمر بها مر الكرام حتى اذا ذهبت منه سكرة الشباب وجد نفسه قد خسر كل شيء . يصاب الشخص بهذا قبل الزواج فيكون زواجه المتأخر هـذا بلا ثمرة غالباً اي يكون عقيماً فيكون بذلك قد جنى على نفسه وامته فلم يترك لها عقبـاً يعقبه بخدمتها فتنقطع سلسلة الحياة في عياله من بعده . فكم يكون تأثير ذلك في اضمحلال امة كثر فيها هـذا الداء الوبيل وتفشى بين افرادها حتى عم اكثر من نصف شبانها ؟ ؟

ومثل هذا في الخطر بل اشد منه داء الافرنج او المرض الزهري الذي قلما يبارح البدن الذي ينزل فيه بسهولة وبدون ان يترك فيه اثراً سيئاً او يظهر في اعقابه ان اخطأه نفسه . وما اكثر ما نراه من العته والجنون وغيرهما في من كان آباؤهم قد اصيبوا بفتك ذلك الداء العضال الذي لم يستأصلوا شأفته من اجسادهم .

بل ما اشد فتك هذه البلايا في امة بلغت فيها هذه الامراض الزهرية مبلغاً كان يموت منها شخص واحد في ١٢ دقيقة من دقائق الحياة اي خمسة في كل ساعة وذلك من شهداء هذا الداء فقط دون ان يضاف اليه ما يسببه من الانقراض في بعض الجماعات المصابة بالعقم ايضاً .

اما شر هذه الامراض وافتكها في الامم بلا جدال فهو : السل . ذلك السيف المسلط فوق روؤسنا والسهم المراش المسدد الى صدورنا ، لا يسلم من شر غارته كبير او صغير رفيع او وضيع الا من رحمه وامده بجيش مدافع ، قوي على صد هجماته والوقوف امام تيار غاراته .

لان الاختلاف كبير بين سراية كل من هذه الامراض فالامراض الزهرية شديدة السراية نعم ولكن من اكبر اسبابها المقارنة وندر ان يكون لها سبب غيرها اي انها تشترى بالدراهم على الاكثر اما السل فليس كذلك . اذ انه يصيب القريب والبعيد وينتقل ويسافر ويجول القفار والبحار دون ان توءثر فيه تلك الاسفار وشر البلية ان المسلول خطر على البشر في كل لحظة من لحظات حياته بل وفي مماته ايضاً . وهو جحيم سيار ، في كل نفثة من نفثاته بلاء وفي كل بصقة تخرج

من فيه وباء وفي كل سعلة من سعلاته موت وفناء · يدخل السل البدن دون ما استئذان ولا اخبار ، يعشش و يفرخ دون علم من صاحبه وحامله ، وما اسعد الحمير في ذلك لانها مصونة منه خلقة ·

هذا هو الداء الذي يفتك في جميع الامم ايما فتك و يهددها دوماً بالاضمحلال والانقراض يذهب منا كل يوم بالمئات و يزداد رويداً رويداً في فتكه دون ان ندري بما يجره علينا من الشرور والويلات وتدل الاحصاآت في بعض الامم على ان ضحاياه تنوف عن مئات الالوف سنويا الامر الذي جعلها تنشط لمكافحته بجملتها وتاخذ للدفاع عن نفسها عدتها فأكثرت من عدد المستوصفات والملاجىء والمصاح وسعت الى تحذير الشعب من اذاه بكل واسطة ممكنة كنشر النشرات و بث الدعوات واصدار الجرائد الخاصة والمجلات · فنجحت بعملها هذا نجاحاً باهراً حتى ان الامة الانكليزية توفر بسبب هذه الاحتياطات ثلاثين في المائة من مجموع وفيات السل في بلادها وهذا وفر عظيم لا سيما وان اكثر ضحايا هذا المرض تكون في الشباب والكهول اي في القسم العامل من الامة

وعليه و بناء على ما هو محسوس بين ايدينا من زيادة الاصابات بهذا الداء وانتشاره بيننا انتشاراً يدعو الى القلق اراد بعض من مفكري هذه الامة ومتنوريها ان يحذوا في مكافحة هذا الداء حذو من سبقهم وان يستفيدوا من تجاربهم و ينتخبوا اقرب الطرق وانجعها · وكان اول عمل ارادوه احياء هذه الحفلة المباركة للتذكير والتحذير ، وتبادل الاراء والافكار وحث اريحية ذوي الحمية للمبادرة الى مساعدة من جار عليهم هذا الداء او يجور و بذلك لا يكونون احسنوا الى المرضى فقط بل الى الاصحاء انفسهم ايضا لان الاعتناء بالمريض مما يخفف

ويلات العدوى منه والسعي في منع الاصابة هو خير واسطة لاستئصال شأفة هذا البلاء الثقيل ·

واني موجز لكم باختصار كل ما تلزم معرفته عن شر الآفات البشرية الا وهو السل :

السل مرض سار ، شديد السراية ، ثبتت عدواه قبل كشف جرثومته بسنين ·

ومنذ اكتشف كوخ (العالم الالماني الشهير) هذه الجرثومة الجهنمية واثبت فعلها وبين صفاتها واخلاقها ثبت فناً ان سبب العدوى هو انتقال هذه الجرثومة من شخص مريض لاخر سالم باحدى الوسائط المختلفة

فمنشأ العدوى هو المريض بآفاته المفتوحة خارجا ولا سيما منها البصاق والبصاق اكبر واسطة لنشر هذا المرض ، ولقد اثبت بعض العلماء فلوغر وتلامذته ان تلك الاقسام الصغيرة من البصاق التي ينشرها المسلول حوله اثناء سعاله او عطسه حتى التي ينثرها اثناء تكلمه كل هذه تكون حاملة لهذه الجراثيم الوخيمة · ومنطقة انتشار هذه الذرات الصغيرة لا تقل عن متر واحد حول المريض حتى ان هذه الاقسام الصغيرة قد تبقى معلقة في الهواء مدة نصف ساعة من الزمن فما اشد خطر المسلول على من حوله من اهله وخلانه ولا سيما اذا كان ثرثاراً كثير الضحك · ومثل ذلك مصافحة المريض والاكل معه ومجالسته والخ ·

وخطر العدوى يكون اكبر كثيراً كلما نشف البصاق او النفث وانقلب هباء مختلطاً بالغبار ولهذا يجب عدم الكنس الناشف او التنفيض والخ · لان

هذه الجراثيم تعيش في هذه الحالة مدة طويلة اي من شهرين الى عشرة اشهر ولا سيما اذا كانت محفوظة في مكان ظليل لان اشعة الشمس لا تساعدها على الحياة طويلا . واني لارجو منكم ان تحتفظوا بهذه الجملة جيداً لانها ستفيدنا كثيراً .

اما الاصابة فتكون في الدرجة الاولى من الطريق التنفسي اي باستنشاق هذه الذرات او الغبار الحاملة لتلك الجراثيم .

اما اسباب العدوى بهذه الوسائط فهي بالدرجة الاولى العيشة مع شخص مسلول سعيل او في جواره ولا سيما اذا كان كثير البصاق عديم الانتباه لما ينفثه حوله من الجراثيم الفتاكة القتالة . ومما يساعد على ذلك ايضا بصقه في الامكنة الكثيرة الشقوق في الارض كارض الغرف الخشبية وعربات الحافلات والقطارات وما اشبه .

ومن الاسباب المهيئة لهذه العدوى كثيراً الارث ، وحالة الشخص في الدرجة الثانية . فالسل لا ينتقل بالارث كما ثبت لنا الا ان الطفل المولود من ابوين مسلولين او احدهما قلما يقوى على مقاتلة هذه الجراثيم من اول صولة تصولها عليها ، على العكس من غيره من الاشخاص الاصحاء . . وقد ثبت ايضاً ان كثيراً من الاشخاص السالمة والتي لم يظهر فيها اقل عرض سلي ، قد وجد في جثثها بعض اثار تدل على شفاء هذا المرض او عدم تمكنه من الصولة والانتشار في ذلك البدن وما ذلك الا بفضل قوة البدن ونشاطه وحسن مدافعة ابطاله الاشداء .

وعلى العكس من ذلك تكون الاصابه قريبة المأخذ كثيراً في الاشخاص الضعفاء ، الضيقي الصدر ، المدمني للخمر ، البوءساء ، المنهوكين من الجوع او غيره ، والذين يعيشون في الامكنة المزدحمة ، الرطبة ، غير الصحية لقلة نورها او هوائها ، فكل هذه الاسباب هي من اكبر العوامل على انتشار السل وسرعة تفشيه .

والخلاصة فعدوى السل تتم بوجود منبع للسراية وهو المريض بنفثه مباشرة او بعد نشوفته واختلاطه بالتراب ، وبوجود بدن غير صحيح متهيء لهـذه الاصابة للاسباب التي ذكرناها .

اما التحفظ فيكون حسب ما قدمنا مبني على امرين ايضاً احدهما اتلاف تلك الجراثيم والحيلولة في سرايتها وحفظ البدن صحيحاً سليماً ما امكن .

فللوصول للاولى يلزمنا تفهيم المريض الاَّ يبصق في الارض ويستعمل مبصقة خاصة او في منديل من ورق يسهل حرقه سريعاً بعد تلوثه. وما اشبه . بل الاحسن من هذا ان نسعى الى تقليل المسلولين بيننا ونعتني بهم العناية الخاصة فنكون بذلك قد احسنا اليهم والى انفسنا ايضاً .

اما حفظ البدن سالماً ، صحيحا فله الاهمية العظمى في امر هـذا التحفظ لان السل كما يقولون لا يغير على البدن الصحيح بسهولة بل يتلف غالباً ويندحر امام اولئك الابطال المدافعين في البدن الا وهي البلعمات اي تلك الخلايا البيضاء التي تلتهم بشدة تلك الدخلاء الثقلاء وتكون هذه الشدة اكثر وبالنتيجة تكون الغلبة لها كلما كان البدن في شروط صحية مناسبة غير بعيد عن الهواء الطلق

ونور الشمس وغير ذلك من الامور التي يعد الابتعاد عنها من اكبر الاسباب المهيئة للسل والتي يجب علينا الفرار منها فرارنا من السل نفسه وهي :قلة الهواء ، قلة الشمس سوء الغذاء والانهماك في اي امر كان والفقر لانه اساس هذه الشروط كلها ·

شفاء السل : مع كل ما تقدم من خطر هذا المرض الوبيل نجد انه – والحمد لله – قابل للشفاء كغيره من الامراض وهذا ثابت محقق · حتى ان بعض المؤلفين يرى ان السل على شدة سرايته السابقة الذكر وكثرة اسبابها قل بين البشر من لم يصب به في حياته الا ان هـذا المرض سليم يشفى بسهولة اذا كان البدن قويا غير عليل ولا ضعيف · واثبات ذلك انه وجد ان ٦٠ في المائة من الشيوخ المتوفين بسبب احد الامراض السائرة ولم يكن فيهم اي عرض سلي ، انهم يحملون في اعضائهم آثار سل سابق ، وكذلك وجـد ان اكثر من نصف عدد الاشخاص الكهول الذين ماتوا قضاء يحملون التدرن في ذرى رئاتهم كما ان جميع الاشلاء التي تفتح بعد الموت في المدن الكبيرة الكثيرة الازدحام ، تظهر آثار سل شفي سابقاً في ذلك البدن ·

فشفاء السل امر واقع بل هو كبير الوقوع · اللهم الا اذا كان في درجة مترقية لا يقوى البدن معها على ملافاة خرابها او لو كان البدن ضعيفاً غير قادر على الدفاع لقاء هجمات ذلك العدو الالد ·

ولم نصادف من الاشخاص اناسا تظهر فيهم اعراض السل الشديد وهلة ، لسبب بسيط ، كصادمة على الصدر مثلا او تعرض قليل للبرد او للتعب ، او ما شابه ذلك · وما سبب هذا الا تقهقر البدن امام عدوه الذي كان ينتهز الفرص والذي كانت الحرب بينهما سجالاً قبل هذه الطوارىء التي نصرت الجرثوم على البدن

والخلاصة – نجد ان السل لا يقوى على البدن القوي الكامل العدد ، النشيط للدفاع دائماً · والنشاط هو العلاج الوحيد ، الاكيد النتيجة

اما طريق الوصول الى ذلك فسهل وقريب جداً ينحصر في اجتناب الامور المهيئة له و يكون ذلك بالحصول على الامور الاتية :

هواء جيد طلق

غذاء مفيد

راحة كافية

لا افراط ولا تفريط في كل عمل بدني او عقلي تلك الامور البسيطة التي يمكننا بواسطتها ان نخلص الوف الضحايا من بين براثن ذلك الموت الزؤام والى تحقيق ذلك نستنهض هممكم والسلام عليكم ·

التعفن في الجراحة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

لا يزال التعفن يترصدنا بعينه الساهرة على الرغم من الشأو البعيد الذي بلغته الجراحة في ايامنا الحاضرة ولا تزال تلك الدواهي التي طردناها من قاعاتنا الجراحية بالمرصاد ترقب الفرص السانحة للفتك بنا اذا ما توانينا في حفظ القواعد التي سنها لنا باستور . وقد جاءتنا الحرب العامة بالبرهان الدامغ على صحة ما اقول . فلنتذكر اذاً دائماً التعفن ولنفهم ان تلوث الجرح قد يكون معناه الموت المحتم .

نحن الان في بلادٍ لا تزال تدفع للتعفن جزية كبيرة فعلى كل منا ان يستعد لمكافحته المكافحة الشديدة . ان جميع موءلفات الجراحة تصدر ابحاثها بالكلام عنه والموءلفون على سداد في ما يصنعون . وانني جرياً على خطتهم ساجمع في هذه العجالة خلاصة ما وصلت اليه ابحاثهم وتحرياتهم .

ما هو التعفن ؟ يتصف التعفن بدخول عامل اجنبي للبنية و بتفاعل البنية ازاء هذا الدخيل للقضاء عليه . وهو من الوجهة الجراحية تسرب الجراثيم العفنة في الجرح .

الجرثوم : هو هذا المخلوق المتناهي في الصغر الذي تقاس ابعاده باجزاء من الف من الملمتر ولا يرى الا بالمجهر وهو في كل مكان : حولنا : في الماء والهواء والارض . علينا : على اثوابنا وجلدنا . فينا : في فمنا ومعدتنا وامعائنا

التفاعل : هو مجموعة الحوادث التي تفضي الى المرض وهذا المرض متفاوت الشدة منذ الالتهاب البسيط الموضعي (كما في انملة اصبع مثلا اثر وخزة) الى التعفن العام نعني به تعفن الدم المميت الذي يكون قد سبقه فلغمون او غنغرينا غازية .

بعد ان يفتح الجرثوم له منفذا في اغشيتنا اما من خلال جرح عارض في الجلد او جرح جراحي او تشقق غشاء الامعاء او القصبات المخاطي ماذا يحدث ؟

١ً — اما ان يمر الامر دون ان يحدث شيء فيسد المنفذ و يسير الجرثوم فيأوي الى نقطة منتظراً فرصة مناسبة لاثبات وجوده . وما ذلك الا لانه لم يجد من الشروط ما يلائمه لاظهار فعله ولان النسج لم تجد في ذلك العدو ما يدعوها الى شدة التفاعل . فتتحقق حينئذ الحالة التي ندعوها حالة الجراثيم الكامنة وهي حالة لا تظهر فيها فوعة العامل المرضي .

٢ً — او ان العامل المرضي يضطر النسج المهددة الى الدفاع فتشتعل بين الجرثوم المهاجم والنسج المهاجَمة معركة حامية الوطيس وصف جميع اطوارها وصفاً بديعا العالم متشنيكوف وسماها البلعمة (phagocytose) وهي صورة لتنازع الحياة الذي نراه في الخلائق العليا .

لنفرض ان جرثوما او جراثيم ذات فوعة (virulents) دخلت نقطة من

نسجنا فان الاوعية في تلك المنطقة المهاجمة اي المتعفنة تتوسع ودوران الدم يبطئ فيها وتأتي الكريات البيضاء من جميع جهات الجسد للنضال ٠

ينفصل مجرى الدم في تلك الاوعيه المتوسعة قسمين قسماً مركزياً سريعاً تسير فيه الكريات الحمراء وقسماً محيطياً ابطأ تنزلق فيه الكريات البيضاء على جدار الاوعية ٠ ونشاهد حينئذ الحادث المسمى تحشية (margination) الكريات البيضاء ثم تمف هذه الكريات في خلاء بين خايتين من خلايا الوعاء الابيثاليالية فتوسعه وتدفع مستطالاتها المحركة وتتمكن بفضل حركاتها نظيرة المتحولة (amiboides) من ترك الوعاء الذي سارت فيه وهذا ما يسمى الانسلال (diapédèse) وبعد ان تصبح حرة في النسيج تسير الى لقاء ذلك الدخيل نعني به الجرثوم ومنازلته ٠

فاما ان تتغلب الكريات البيضاء فتحيط بالجرثوم ولا تلبث ان تبتلعه فيقال ان الجرثوم قد بلعم (phagocyté) والتعفن قد قضي عليه وهو في مهده

او ان الجرثوم بعد ان تبتلعه الكريات البيضاء يتكاثر وهو فيها فيقتلها او يمزقها مكوناً من جثتها الصديد غير ان الكريات الاخرى تنازل الجرثوم فتقع اشلاء كثيرة ولا تلبث الكريات ان تنتصر فيجتمع الصديد وبعد ان ينفرغ يبدأ الندب ٠ او ان الكريات البيضاء تغلب على امرها فيفوز الجرثوم لان البنية لا تحسن دفاعها او لان قواها الطبيعية عاجزة فيتكاثر الجرثوم وتنتقل محصولات التجزوء والجراثيم نفسها في الدوران ناقلة التعفن الى البعد الى الاعضاء الرئيسة وهذا ما يسمى تعفن الدم او التسمم العام ، اي ولوج الجراثيم وذيفاناتها للدم ٠ لانه عدا الحادث الذي يرى بالمجهر وهو الذي جئت على وصفه يقع حادث اخر

كيماوي لا يقل عنه اهمية وهو ما لا يرى بالمجهر ·

الجرثوم والخلية كائنان حيان ولا بد في كل حياة من افراز فضلات سامة فهذه المفرزات يستخدمها هنا المتحاربان في القتال · فالكرية لا تكتفي بالاحاطة بالجرثوم بل تدافع عن نفسها بافراز مواد قاتلة للجرثوم · واذا كان الجرثوم يفرز ذيفانات من شأنها قتل الخلايا فان هذه تفرز بدورها مضادات الذيفانات التي من شأنها قتل الجرثوم ·

فمصادمة احدى المادتين للاخرى وتغلب احداهما على الثانية يجعلان النصر في جانب الخلايا او الجراثيم ·

واما ان تضرب الجراثيم البنية منذ البدء ضربة قاضية او ان الوقت ينفسح لها للدفاع فتفرز مضادات الذيفان وتكون قد اكتسبت المناعة الدالة على انتهاء التعفن ·

هذه هي الخطة التي يختطها التعفن والادوار التي يمر بها تظهر بتفاعلات تراها عينا الطبيب وهي ما نسميه اعراض التعفن غيران هذه الاعراض لا تبدو الا متى كانت شديدة او متى وقع التعفن قريباً من الاغشية الظاهرة او في الجلد نفسه ·

فالادوار الاولى من البلعمة (phagocytose) تناسب علامات الالتهاب الموضعية فتوسع الاوعية ينم عنه احمرار الجلد واسراع الدوران الدموي يولد حرارة موضعية اشد وانسلال العناصر المصورة في الناحية تسبب الالم وهذا الالم العميق هو الذي يمكننا من تشخيص مركز التعفن متى كان بعيداً عن الاغشية ولم تبدُ فيه العلامات الاخرى ·

وتنتفخ العقد البلغمية في البعد لانها تقوم بعمل كبير وهو تجهيز جيش الدفاع نعني به الكريات البيضاء التي لا غنى للبنية عنها ·

وازدياد الكريات البيضاء في الدم هو في الوقت نفسه عنصر من عناصر التشخيص متى لم تكن العلامات الاخرى · فمتى عدت الكريات البيضاء وكان عددها كبيراً دلتنا ان في العمق مجمعا قيحيا يتكون او انه على اهبة التكون وان الواجب يقضي بالتفتيش عنه · عدد الكريات البيضاء في الملمتر المكعب وفي الحالة الطبيعية ٦ — ٨ الاف كرية فمتى تجاوز هذا العدد عشرة الاف ووصل الى ٢٠ او ثلاثين الفاً قيل ان الكريات البيضاء قد ازدادت · والكريات التي يهمنا امرها في التعفن هي الكثيرات النوى فمتى ازداد معدلها الذي هو في الحالة الطبيعية ٦٥ ٠/٠ وبلغ ٧٥ ٠/٠ واكثر قيل ان الكثيرات النوى قد ازدادت ودل الامر على تقيح محتمل الوقوع · يبين لنا هذا الامر حالة يتمكن بها المخبر من مساعدة السريريات في تشخيص بعض الحالات المغمضة ·

ومتى لم يعد التعفن موضعيا فمرت الذيفانات المفرزة الى الدم ظهرت حينئذ علامات التفاعل العام · فان استخدام جميع وسائط الدفاع يظهر بتشوش نظام الحرارة · فتبدو الحمى و يضطرب الدوران في الوقت نفسه لانه مناسب لها فيسرع النبض لان تقلصات القلب يتبدل نظمها وقوة التقلص تكون في الغالب معاكسة لعدد النبضات فيضعف النبض ايضاوهو ما يسمى بالنبض الخيطي الدال على تأذي عضلة القلب ·

غير ان التسممات متى كانت خطرة لا تتفاعل البنية فتسقط الحرارة بينما النبض يسرع فيقال ان بين النبض والحرارة تباينا وهو علامة وخيمة · وتسرع

حركات التنفس ايضاً لتبدل يطرأ على الجهاز العصبي المحيطي او المركزي ·

ونظهر ايضاً اختلالات بولية : فالبول قليل مشبع اللون غني بالثمالة الثابتة وهذه هي صفات بول المحمومين · وقد تتأذى الكلية بالعناصر العفنيـة التي تجتازها فيبدو التهاب الكلية او استحالتها وهي كثيرة الحدوث اثر التقيحات الطويلة ·

والكبد التي تقوم باتلاف العناصر السامة تضخم ايضاً · هذا هو مجمـل العلامات التي نشاهدها في التعفن غير انها تتبدل تبدلاً كبيراً لما يوءثر فيها من العوامل المتعلقة بالبذار ونعني به الجرثوم او بالبنية المصابة ·ونعني بها التربة التي ينبت فيها ذلك البذار ·

ولنوع الجرثوم تأثير ايضاً · فان فن الجراثيم قد اثرى إثراءً كبيراً بعـد اكتشاف باستور للمكورات العنقودية(ستفيلوكوك) عامل الدمل والمكورات العقدية (ستر بتوك) عامل حمى النفاس وللضمات العفنة (vibrions septiques) عامل التفسخ · وقد درست جيداً تعفنات الجروح في الحرب العامة فعرف دور كل جرثوم منها وظهر ان المكورات العقدية اشدها وخامـة وان لكل جرثوم رساساً (races) وان منها ما هو اشد وطأة من الاخر ·

وما يقال في انواع الجراثيم يقال ايضا في عددها فان البنية التي تقوى على الدفاع ازاء عدد قليل من الجراثيم وتتغلب عليه وتكتسب به المناعة تلقي سلاحها وتغلب متى كانت الجراثيم عديدة ·

والجرثوم نفسه عرضة لتبدلات في شدة فوعته (virus) او خفتهـا فمتى كانت خفيفة تبدل مشهد المرض وخفت اعراضه وعلى العكس متى كانت شديدة

فان الاعراض تشتد ايضاً ٠

و يشاهد هذا جيداً في الامراض الباطنة فان الداء اذا اصاب افراد اسـرة الواحد بعد الاخر ازداد شدة كلما مر من مريض الى آخر ٠ فالنزلة الوافدة التي اصابت الفرد الاول من الاسرة فلم تكن فيه الا زكاما سليماً خفيفا تحـدث متى اصابت الفرد الاخير ذات رئة مميتة و ينطبق هذا الامر على التقيحات ايضا كما تثبت التواريخ الطبية فان المبضوعين (opérés) في بعض مستشفيات باريس كانوا قبل عهد باستور يموتون عن بكرة ابيهم ضحية بعض الجراثيم التي لم يكن الانسان قادراً على الانتصار عليها ٠

وشرط آخر في السريريات ينشط فوعة المرض وهو الاشـتراكات الجرثومية فلم تكن اشكال التعفنات المخيفة التي ظهرت في زمن الحرب بمعروفة في زمن السلم بل كان يظن الجراحون انها دخلت في خبر كان ٠ فما كادت تشتعل الشرارة الاولى من الحرب حتى بدا هول هذه الاشتراكات الجرثوميـة فان الاشكال المتنوعة من الغنغرينا الغازية ليست ناجمة من جراثيم نوعية متفاوتة الفوعة بل هي ناجمة من اشتراك جراثيم التفسخ العادية مع جراثيم التقيح العادية وهذه الجراثيم المشتركة تتعاون تارة وتتنازع طوراً فيتغلب بعضها متى اعادت مفرزات البعض الاخر البيئة ملائمة لنموه ٠ ففي جروح الحرب تنتظر العوامل المرضية لتبدأ فعلها في النسج الحية عوامل التفسخ ريثما تخلصها من النسج الميتة فلا عجب اذاً اذا بلغت تلك الاختمارات والتفسخات اقصى درجات الشـدة بسبب هذه الاشتراكات الجرثومية ٠

ودفاع البنية تابع لحالة تغذي النسج والاحشاء ٠ وقد قدم لنا جرحانا في

زمن الحرب البرهان الدامغ على صحة هذه الفكرة فان جميع الشروط كانت متوفرة للتعفن لكي يبسط سيطرته و ينتشر : فمن جرش النسج الى الانصبابات الدموية الى التفتتات العظمية التي كانت تقع في ناحية الجرح وحوله وتعدللتعفن بيئة ملائمة جداً ، الى بقاء الاجسام الاجنبية كالمرامي وقطع الاثواب الملوثة بالتراب التي كانت بيئة حسنة للكزاز والغنغرينا ، الى البرد والتعب والسهر والتنبهات العصبيةوالتبلل بماء المطر والمشي بالاوحال التي تضعف البنية وتعيدها قليلة المتانة ٠

و يدخل في هذا الباب كل سبب مضعف للقوة الحيوية كالبيلة الاحينية والداء السكري وامراض القلب والحرض وسواها من الامراض التي تضعف دفاع البنية ٠

ولمكان التلقيح تاثيره ايضاً فاذا لقحت الطبقات السطحية من الادمة بالمكورات العقدية كانت منها الحمرة واذا لقح بها النسيج الخلوي تحت الجلد كان منها الفلغمون او لقحت بها رحم النفساء كان منها التعفن النفاسي ٠

و بعض النسج اشد متانة من بعض فراحة اليد واخمص القدم والفروة اشد دفاعاً من الالية والفخذ والحماة (mollet) المكتنزة باللحم التي تكثر فيها الجروح النتنة ٠

ولا ننكر ان بعض البنى اشد دفاعاً من بعض بما اكتسبته من مناعة طبيعية و يرتبط سير التعفن في كل شخص بهذه المناعة الطبيعية او بالمناعة التي اكتسبت اكتساباً متفاوت السرعة ٠

انني اذا شئت ان اتكلم عن سير التعفن في كل حادثة من الحادثات يطول

بي الكلام كثيراً غير انني اجمل واقول ان جميع الانواع السريرية تقع وتشاهد منذ التعفن الموضعي الخفيف حتى انه يقع ويمر دون ان ينتبه له الى التعفن العام الذي يصعق المريض قبل ان يتحضر للدفاع ٠

ومتى سار المرض الى الشفاء تزول جميع الاعراض التي اشتدت في اثنائه فجأة فتطرح جميع الذيفانات بالطرق المختلفة وهذا ما يسمى النوبة (la crise)

وقد يهب المنفذ الذي يدخل منه الجرثوم طرزاً خاصاً للتعفن في الجراحة ٠ فعدا طريق الجلد نجد طريق الهضم وطريق التنفس اللذين يسير فيهما الجرثوم فيدخل منهما للبنية ويحدث فيها بوءر تقيح ٠

وعدا الاشكال الحادة التي تنم عن تفاعل البنية الشديد ازاء التعفن توصلاً الى طرده منها نرى الاشكال المزمنة التي تكون بها البنية والعامل المعفن قد توافقا بعض التوافق فلم يحدث احدهما ازاء الاخر الا تفاعلاً عاماً خفيفاً ٠ وهذا ما نراه في بعض التعفنات السلية التي تتكيس فيها العصيات وتعتاد البنية استقرار هذه الجراثيم فيها كما ان الجراثيم تعيش في البنية دون ضوضاء او جلبة منتظرة الزمن الذي يضعف به الجسد فينقلب الشكل المزمن شكلاً حاداً ٠



تركيب الابدان الحية

وما فيها من العناصر

للصيدلي الكيماوي الاستاذ عبد الوهاب القنواتي

قام العلماء منذ امد بعيد بتجارب كثيرة على الابدان الحية لمعرفة تركيبها فتوصلوا الى كشف بعض العناصر المعروفة كالفحم ومولد الماء ومولد الحموضة والآزوت والكبريت والفصفور والكلور والكلس والمانيزا والبوتاسيوم والصوديوم الخ . وكان هذا العدد يأخذ بالتزايد بنسبة تقدم الفن وقد تفرد بعضهم فتوصل الى اثبات بعض العناصر الزهيدة الكمية كاليود والزرنيخ بفضل الكواشف الحساسة الدقيقة التي توصلوا اليها بعد الجهود العظيمة .

ومن الذين كرسوا حياتهم لهذا الغرض الاستاذ غابريال برتران فقد توصل بسعة علمه وكثرة تنقيبه الى جمع شتات ما وصل اليه علماء الفن وطرقهم التي سلكوها واساليبهم التي اعتمدوا عليها واخذ يعدل بعضها باضافة او حذف وقد وجد بعض طرائق بنفسه قتلها درساً وتمحيصاً فكانت معجزة من معجزات الفن الحاضر وحجة من حججه الدامغة واصبحت عماداً يستند اليها اكثر العلماء .

والذي يحضر درس برتران في موءسسة باستور في باريز يعلم قيمة ذلك الرجل وقيمة ابحاثه وتأخذه الدهشة والعجب من سعة الاطلاع وغزارة المادة ودقة الاصول .

قسم بر تران العناصر الداخلة في تركيب الابدان الحية ، الحيوانية والنباتية قسمين : الاول العناصر الكثيرة الوجود والتي تؤلف في البدن الحي بناءه القويم وهي الفحم ومولد الماء ومولد الحموضة والازوت والكبريت والفصفور والكلور والحديد والكلسيوم والمانيزا والبوتاسيوم والصوديوم ودعاهـا العناصر المصورة وهي ثابتة المقدار تقريباً وكلها ذات وزن جوهري صغير فحرارتها الخاصة اذن كبيرة ، تحتفظ بحرارة الجسم الغريزية ويكون انتقال تلك الحرارة منها ضعيفاً فهي في هذا الشأن ذات نشاط اكبر بكثير من الاجسام الكبيرة الوزن .

اما عناصر القسم الثاني فليست اقل قيمة حيوية من المتقدمة وكمياتهـا زهيدة جداً وهي المانغانز والسيليس والالومينيوم والفلواور والبور واليود والبروم والزرنيخ والتوتيا والنحاس وقد دعاها عناصر العامل بالتماس وهي ضرورية الوجود ولكنها ليست ثابتة المقدار وبعضها يوجد عرضاً او مرضاً وفي بعض الاعضاء دون البعض الاخر كوجود الرصاص في كبد الانسان مثلاً او كوجود التوتيا في الاورام السرطانية .

اكثر هذه العناصر ذو وزن كبير ووجودها في البدن امر ضروري مبرم لانها تعمل في الاجسام الداخلة للبدن لتغذيته اعمالاً لا تتم بغيرها .

حدا بي الى هذه المقدمة المطولة كشف الذهب في الاجسام الحية وفي اغذيتها .

فقد جاء في تقرير الدكتور راينار برغ استاذ الكيمياء الحيوية في مستشفى فريدريك ستارت في درسد سنة ١٩٢٨ :

ان الذهب موجود في الاغذية والاعضاء لا كما كان يظن فيما سبق بخلو

الاجسام الحية منه ·

فوجد الاستاذ المشار اليه في صحن حساء معمول من برغل العلف يزن ١٥٠ غراماً عشر ملغرام من الذهب ·

ولم يجد في ٢٥٠ غراماً من العسل شيئاً من الذهب ولكنه وجدآثاراً زهيدة في ٦٢٥ غراماً من عصير العنب وفي ٥٥٠ غراماً من عصير التفـاح وفي ١٠٠ غرام من دقيق القمح ثم ابان ان الدقيق الخالص الكثير النعومة لا يحوي ذهباً بخلاف الدقيق المعمول من القمح جميعه (رأسه بعبه كما يعبر عنه في بلادنا) فقد وجد ملغراماً واحداً من الذهب في ٣٠٠ غرام من خبز الدقيق المتقدم ووجد المقدار نفسه في ١٠٠ غرام من خبز الجودار و بناء على ذلك فالذهب موجود في اغشية الحب اكثر من لبه ·

وقد وجد ايضاً عشر ملغرام من الذهب في مائة غرام بندق ووجد ٦ ، ٤ ملغرامات من الذهب في خمسين لتر ماء شريب اعتيادي ·

ثم وجد انفضلات الحيوانات آكلة الحشايش تحصل في اليوم ملغراماً واحداً من الذهب ·

ولم يجد في بول الانسان الا آثاراً زهيدة جداً من الذهب فقد تبين له ان الانسان يطرح في اليوم مع البول عشر ملغرام والسبب في ذلك لان القسم الاكبر من الذهب يطرح من البدن عن طريق الامعاء الغليظة ·

ثم علم ان في دم الانسان ذهباً فوجد في الكيلو الواحد منه ثلاثة اعشار الملغرام ·

وقد وجد ان دماغ الثور اكثر الاعضاء غناء بالذهب يحوي الكيلو الواحد

من الدماغ اربعة عشر ملغراماً بينا ان الكيلو الواحد من كبد الثور يحوي اكثر من عشري الماغرام ٠

فبناء على ما تقدم يستنتج ان جسم الانسان يحوي ذهباً كما اثبت ذلك ر ينيار في دمه و بوله وغائطه ؛ يدخل هذا الذهب بالاطعمة كالقمح والحبوب والفواكه والاثمار والخضر والماء و بعد ان يتمثل يدخل قسم منه الدم فيوصله الى كل ناحية من نواحي البدن و يخرج القسم الباقي مع الغائط ٠

ولم يحرم الفقير الذهب في طعامه وشرابه لان الفقراء يأكلون عادة طحين القمح (رأسه بعبه) فيكونون قد ادخلوا الى ابدانهم كمية من الذهب اكثر مما يدخله الاغنياء الذين يأكلون طحين لب القمح الخالي من الذهب ٠

واخيراً يمكنني ان اقول بان الابدان الحية تحوي جميع العناصر الموجودة في الارض وان العلماء قد كشفوا بعضها فقط على انهم سيتوصلون حتماً الى اكتشاف البقية الباقية منها مع مرور الايام والسبب في ذلك ان الابدان الحية مخلوقة من تراب الارض ومجبولة بمائها ٠ وقد اشار الى ذلك علماء الفن الاقدمين فقال احدهم

وتزعم انك جسم صغير وفيك انطوى العالم الاكبر

فلنضف اذن الى مجموعتنا الماضية الذهب وليعلم الناس انهم يأكلون ذهباً و يشربون ذهباً و ينفقون مع فضلاتهم ذهباً من حيث لا يدرون ٠

علاقة الحمل بتسوس الاسنان

للدكتور ابرهيم قندلفت

رئيس مخبر طب الاسنان في المعهد الطبي العربي

هل من علاقة سببية بين الحمل وتسوس الاسنان ؟

ينقسم العلماء في الاجابة عن هذا السوءال فئتين قديمة وجديدة . فالفئة القديمة ورئيسها الدكتور ميلر والدكتور ماجتوت (Miller & Magitot) تقول بالعلاقة المذكورة .

اما الفئة الجديدة ورئيسها الدكتور هوبويل سميث (Hopwell Smith) فلا تعترف بادنى علاقة بين الحمل وتسوس الاسنان .

ولا بد قبل الخوض في الموضوع والمقابلة بين حجج كل من الفريقين من الاشارة الى مزيتين مهمتين اتصفت بهما ابحاث الفئة الجديدة اولاهما وسائل البحث والتنقيب الحديثة كالمجاهر الفائقة التكبير والاشعة المجهولة وطرق التلوين الحديثة وغير ذلك من الوسائل التي لم تعرفها الفئة القديمة او عرفتها في عهدها الاول فقط والتي تمكنت بواسطتها الفئة الجديدة من درس تركيب الاسنان ونسجها وخلقتها في حالتي الصحة والمرض درساً مدققاً وثانيتهما تعاون العلماء في الوقت الحاضر بفضل معاهد البحث والتنقيب التي لم يكن لها اثر في ذلك

العهد يوم كان طب لاسنان مقتصراً على الخلع يجريه الاطباء كافة اذ لم يكن ثمت مدارس او جامعات لتخريج اطباء الاسنان ·

اراء الدكتور ميلر : الدكتور ميلر هو موءسس الاعتقاد الشائع بان الحمل احد اسباب التسوس الذي يحدث في الاسنان · ويبدأ بحثه بقوله ان التسوس اكثر حدوثاً في اسنان الحاملات مما هو في غيرهن من النساء (وسنبحث فيما بعد عن صحة نظريته هذه) · ويفرض لتعليل ذلك ان الحمل حالة خصوصية في الام تجري في اثنائها عدة تغيرات مرضية اهمها استمداد المواد الكلسية من جسم الام لتكوين صقل الجنين · ولما كانت الاسنان غنية بالمواد الكلسية كانت من اهم الاعضاء التي تستمد منها هذه المواد · غير ان الدكتور ميلر لا يبين كيفية وقوع هذا الانتقال · ومتى فقدت الاسنان جزءاً من موادها الكلسية قلت كثافتها وضعف الاتحاد الكيماوي بين شبكتيها العضوية وغير العضوية اللتين تتألف منهما · فتضعف مقاومتها للحوامض الموجودة في الفم التي تحل مواشير الميناء فتمهد بذلك السبيل لدخول الفطور للعاج تلك الفطور التي تعمل مع الحوامض على نخر العاج الى ان تصل الى اللب ·

هذه خلاصة نظرية الدكتور ميلر وقد أيده في نظريته هذه الدكتور بلاك (Black) الشهير والدكتور كرك (Kirk) وغيرهما من العلماء والباحثين ليس في عصره فقط بل في عصرنا هذا ايضاً · ولم تختلف اراء هوءلاء العلماء الا من حيث نوع الجراثيم المسببة للتسوس ·

نظرية الدكتور بوديكر (Boïdecher) : قلنا ان الدكتور ميلر لم يبين في نظريته المذكورة اعلاه كيفية انتقال المواد الكلسية من الاسنان · فأتى بعده

الدكتور بوديكر واوضح ذلك بان حقن بعض الحيوانات باصباغ مختلفة فوجد ان هذه الاصباغ كانت ترسب في انابيب العاج حتى في الميناء ايضاً لمدى محدود كذلك وجد ايضاً انه اذا طلي سطح الميناء الخارجي بمحلول نتراة الفضة تخال هذا المحلول سماكة الميناء كلها وسودها · فاستنتج من ذلك وجود دورة بلغمية كاملة تتخلل انابيب العاج وانه كما امكن ترسيب الاصباغ في انابيب العاج بواسطة هذه الدورة البلغمية كذلك يمكن ايضاً نقل المواد الكلسية بالواسطة نفسها · هذا من جهة العاج · اما من جهة الميناء فقد دعته التجربة المذكورة اعلاه الى تغيير الاعتقاد الشائع عن تركيب الميناء النسيجي والقول بوجود غلاف موءلف من مادة عضوية يحيط بكل من مواشير الميناء · وانه لولا هذا الغلاف لما امكن صبغ الميناء كله بمجرد طلي سطحه الخارجي بمحلول نتراة الفضة ·

وقد ايد الدكتور بوديكر في ذلك الدكتور هاو (Howe) مستنداً الى الابحاث الطيفية التي اجراها الدكتور دوكلاس في جامعة هارفارد وزاد عليه بقوله ان الاعتقاد بوجود مادة عضوية في الميناء يسهل علينا كيفية انتقال الكلس من الميناء اثناء الحمل وحصول التسوس بعد ذلك ·

اراء الدكتور بيرس (Pierce) : الدكتور بيرس هو صاحب الابحاث الشهيرة عن الاستقرارات الكلسية في الجسم واهميتها النسبية ومع انه من العلماء المعاصرين فقد ايد النظريات المذكورة اعلاه وزاد على ذلك بان اوصى باتخاذ تدابير واحتياطات واقية ضد التسوس اثناء الحمل · ولا نتعرض هنا لتفاصيل التجارب التي اجراها الدكتور بيرس المذكور لاننا لم نذكر اراءه الا لنبين

للقارىء انه يوجد حتى في الوقت الحاضر علماء ثقاة يوءيدون النظرية القديمة ·

تنتقل الان من النظرية القديمة المعروفة بنظرية الدكتور ميلر الى نظرية اخرى تشبهها الا انها تختلف عنها في تفسيرها لكيفية حدوث التسوس اثناء الحمل وتعرف هذه النظرية بنظرية الدكتور ماجتوت (Magitot) ويمكن تسميتها بالنظرية القديمة المعدلة · وقد حاول الدكتور المذكور ان يوجد علاقة بين نتائج ابحاثه عن حموضة اللعاب وحصول التسوس في اسنان الحامل · فقد تبين له اثناء تجاربه ان اللعاب الذي تفرزه النكفة يختلف في حموضته عن اللعاب الذي تفرزه الغدة تحت اللسان وان لعاب هذه يختلف ايضاً عن لعاب الغدة تحت الفك · غير ان مفرزات هذه الغدد الثلاث لدى وصولها الى الفم يختلط بعضها بالبعض الاخر وتوءثر فيها الخمائر فتصبح حموضتها واحدة هذا في الحالة الطبيعية اما اثناء الحمل فان حموضة اللعاب تزداد بسبب الخمائر التي تخرج من القيء.فينتج من زيادة الحموضة ازدياد سرعة انحلال الميناء فيحصل التسوس بنسبة معادلة لحموضة اللعاب ·

هذه خلاصه اراء الفئة القديمة من العلماء من جهة علاقة الحمل بالتسوس · ثم عقب ذلك فترة من الزمن اهمل فيها البحث عن اسباب التسوس وعلاقته بالحمل لان افكار العلماء وابحاثهم اتجهت نحو نتائج التسوس وطرق معالجته بدلاً من البحث عن اسبابه · وظلت الحال كذلك الى ان اتى الدكتور سمث(Smith) وهو من العلماء الثقاة الباحين في تشريح الاسنان ونسجها وخلقتها وامراضها فبعث القضية من مرقدها · لكنه بدلا من ان يوءيد من سبقه من العلماء القائلين

بان الحمل احد اسباب التسوس جاهر بنظرية جديدة هي والنظرية القديمة على طرفي نقيض اذ انها تنكر كل علاقة بين الحمل والتسوس . والى القارىء خلاصة ابحاثه .

اراء الدكتور سمث (Smith) : يبدأ الدكتور سمث نظريته ببحث نسج السن الثلاثة اي الميناء والعاج واللب فيقول :

(١) الميناء : هو مادة متكلسة تفرزها الخلايا المولدة للميناء وهي فريدة في تركيبها لا وجود لها في محل اخر من الجسم . وهي اصلب مادة غير عضوية موجودة فيه .

وليس في الميناء اوعية دموية ولا الياف ولا خلايا ولا هيولى ولا اعصاب فمما تقدم وحده يمكننا ان نستنتج ان الميناء مادة ميتة غير اننا لزيادة الايضاح نقول ان للمادة الحية صفات خاصة تتميز بها عن غير الحية اهمها الصفات الاتية

(١) التطور (métabolisme) . ونعني بذلك نمو الكائن الحي بتمثله مواد خارجية ومقدرته على تعويض ما يفقد منه وحدوث التأكسد فيه . ولا يجري في الميناء شيء مما ذكر فهو لا ينمو بالتمثل لانه موءلف من افراز الخلايا المولدة للميناء التي تمتص بعد ان توءدي مهمتها . كذلك لا يستطيع الميناء التعويض عما يفقد منه ولا يجري فيه أدنى تأكسد .

(٢) قابلية التنبه . وهي اجابة الكائن الحي الخلقية للتغيرات الداخلية والموءثرات الخارجية . وهي احدى وظائف الهيولى التي لا وجود لها في الميناء

(٣) قابلية التقلص التي تظهرها الخلايا الحية متى عرض لها موءثر او مهيج

خارجي · والميناء غير قابل التقلص فاذا عرض له ما يـدعو الى ذلك كهبوط الحرارة الفجائي فانه يتشقق بدلاً من ان يتقلص ·

(٤) التناسل اي تكوين خلايا حية من خلايا مثلها و يقتضي لذلك وجود الجسم المركزي في الخلية ولما كان هذا لا وجود له في الميناء كان حصول التناسل في الاخير مستحيلاً ·

(٥) التحال الحيوي (osmose) و يقتضي لذلك وجود غشاء تحـالي (osmotique) والميناء خال منه ·

(٦) قابلية التكيف اي تعود الجسم الحي موءثرا ومنبهاً خارجيا · وليس ما يدلنا على ان الميناء يتكيف بحسب المحيط ·

(٧) التنفس وهذا لا يحدث في الميناء ·

(٨) المناعة ونعني بذلك مقاومة الجسم الحي للجراثيم بواسطـة البلعمات (phagocytes) وليس هنالك ادنى دليل على وجود المناعة او قوة المقاومة فـي الميناء فان التسوس يبتدىء في سطح الميناء الخارجي ثم يخرقه الى ان يصل الى العاج دون ان تبدو من الاول اقل مقاومة ·

فيتضح مما تقدم ان الميناء لا يبدي اية تظاهرة من تظاهرات الحياة فهو اذاً ميت ولما كان المرض لا يحدث الا في الاجسام الحية فلا يمكن ان يحدث فـي الميناء وجل ما يمكن ان يجري فيه انما هو عطب خارجي كالكسر او التسوس ·

اما ما يلاحظ احياناً من اشكال سوء التكون في الميناء كالبقع الصفـراء او الطباشيرية اللون والاسنان المسننة كالمنشار فسببها مرض يعـتري الخلا

المكونة للميناء اثناء نمو السن ٠

ننتقل الان الى العاج ٠ وكما حاولنا تطبيق مظاهر الحياة على الميناء فوجدناه ميتاً كذلك يمكننا تطبيقها على العاج والاستدلال من ذلك على خلوه من الحياة والعاج ميت ليس من الوجهتين النسيجية والخالقية فقط بل من جهة تأثير العقاقير فيه ايضا ٠ ويتبين من التجربة الآتية ان العاج خال من الاعصاب فهو لذلك غير قابل للتنبه ٠ فاذا اخذنا احد المخدرات الموضعية الذي اذا وضع على اي نسيج حي احدث فيه تخديراً تختلف شدته باختلاف قوة المحلول اقول اذا اخذنا احد هذه المخدرات ووضعناه على العاج لم يأت باقل تأثير حتى لو كان المحلول مشبعاً بالمادة المخدرة ٠ نعم لا ينكر انه من الممكن باستعمال الضغط ان نجعل المحلول المذكور يخترق انابيب العاج الى ان يصل الى اللب فيؤثر فيه لوجود الاعصاب فيه فتخف بذلك حسية العاج او تزول غير ان ذلك لا يعني ان العاج هو الذي قد تخدر بل هو اللب ٠ ورب معترض يقول : اذا كان العاج خاليا من الاعصاب فكيف تعلل حسيته ؟ الجواب على ذلك هو ان ما ندعوه بحسية العاج ليس في الحقيقة سوى مظهر من مظاهر احساس اللب يلعب العاج فيه دور الوسيط او الناقل الالي بين المنبهات الخارجية التي تحدث الالم واللب الذي يشعر به وذلك بتغير الضغط في انابيب العاج ٠ نعم ان البلغم والالياف الموجودة في هذه الانابيب هي موادعضوية الاصل لكنها ميتة لا حياة فيها ٠ غير ان لتركيب العاج العضوي اهمية خلقية كبيرة فهو يلعب دور الوسيط بين اللب الحي والميناء الميت فلو لامس اللب الميناء مباشرة لحاول الاول التخلص من الاخير كما يحاول

الجسد التخلص من الاجسام الغريبة التي تدخله ·

ننتقل الان الى اللب فنقول : ليس من ينكر ان اللب عضو حي غير انه ليس حياً مثل بقية اعضاء الجسد كالقلب مثلا بل هو عضو فريد واقع في محيط الجسم لذلك كان عرضة للتغيرات المحيطية · وهو لا يستطيع النمو ولا التعويض عما يفقد منه من الاجزاء لانه محاط بجدران عاجية صلبة ودورته الدموية محدودة · وجل ما يمكن ان يأتيه ازاء المؤثرات او المنبهات الخارجية كالتسوس مثلا هو محاولته حماية نفسه بافرازه مادة كلسية ترسب على سطح العاج الداخلي كعاج ثانوي · غير انه لا يمكن تشبيه عملية الافراز هذه بافراز الغدد لانه يتم بنفقة مادة اللب نفسه اي انه كلما زاد الافراز صغر حجم اللب · وفيما يلي بعض ميزات اللب التي تجعله كما قلنا سابقاً عضواً فريداً في الجسم ·

(١) ليس للب دورة دموية جانبية لذلك كان الامل بشفائه من العلل التي تعتريه ضعيفاً ·

(٢) لا صمامات في اوردة اللب لذلك كان الاحتقان والتخثر كثيري الحدوث فيه ·

(٣) ليس في اللب جهاز بلغمي · نعم ان اللب محاط بالبلغم غير انه لا يمكن تعيين مصدر هذا البلغم · فيظن البعض انه ينفذ الى اللب بالتحال من الدورة البلغمية في الرباط السنخي · ويظن البعض الاخر انه ينفذ الى اللب من الاوعية الشعرية الموجودة في اللب نفسه ·

(٤) ليس هنالك رقابة عصبية مباشرة على محيط اللب لذلك كانت التغيرات الخارجية كثيرة الضرر به ·

(٥) اللب محاط بجدران صلبة لذلك كان موت اللب نتيجة محتمة لكل التهاب يحدث فيه ·

(٥) اللب كثير التعرض لتغيرات الحرارة ·

اما من الوجهة الخلقية فان وظيفة اللب الرئيسة هي المحافظة على حجم العاج بالرطوبة التي فيه ولولا ذلك لتقلص العاج وتشقق الميناء الذي يغطيه وفوق ذلك فان اللب مركز عصبي ينقل التأثيرات الخارجية للدماغ ·

« للبحث صلة »



خلاصة موءتمر بوردو

للدكتور انستاس شاهين
رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

عقد هذه السنة في بوردو موءتمر الامراض الاذنية والعصبية والعينية وطرق الموءتمرون ابحاثاً جليلة الفائدة وقفنا عندها وقفة الراغب في نقلها الى زملائنا العرب ولما كانت مسهبة و يستغرق الاتيان على مجملها اجزاء عديدة من هذه المجلة رأينا ان نلخصها دون ان نذهب بشيء من رونقها واهميتها ٠

الصداعات

لآلام الرأس درجات ولكل منها اسم خاص في اللغات الاجنبية و يدل عليها على اختلاف شدتها الاسم البسيط الذي اطلقه عليها العامة وهو وجع الرأس ٠

ولا يختلف الم الرأس (céphalalgie) عن الصداع (céphalée) من حيث طبيعة الداء ٠ بل يختلفان من حيث شدة الالم ومدته ٠ وليس الصداع سوى الم في الرأس شديد وعنيد ٠

ومن آلام الرأس ماله صفات خاصة يجب ذكره على حدة وهو المسمى بالشقيقة (migraine) وقد عرف باستور فاليري رادو الشقيقة بكونها ألمًا في الرأس يصيب نصف القحف عادة بشكل نوب يرافقها خوف من النور ودوار وغثيان واقياء مع اعراض احتقانية ٠ ولا يبقى لهذه الاعراض اثر بعد زوال الالم فيشعر المريض براحة تامة ٠

ويقول كريستيانزين ان الشقيقة يسهل فصلها عن الام الرأس الاخرى المسببة من فقر الدم والخور (neurasthénie) والرثية والتسممات التي تختلف عنها باعراضها وانذارها سيما ان الشقيقة تعتري المريض نوباً تعترضها فترات قد يطول امدها فيشعر المريض في اثنائها بالصحة التامة ·

وهذه الصفات نفسها حدت تيسو الى تمييز الشقيقة عن بقية الام الرأس التي اطلق عليها اسم الصداع والناتجة من تغيرات محسوسة في الجهاز العصبي · وفي الحقيقة فان تيسو قسم الام الرأس اربعة انواع :

الالم الرأسي (céphalalgie)

والصداع (céphalée)

والشقيقة (migraine)

ونوعاً دعاه المسمار والبيضة (le clou & l'œuf)

اما الالم الرأسي فهو الالم العادي الذي يصيب الناس كافة وتعرفه العامة بوجع الرأس ·

فاذا اشتد هذا الالم واستمر فاستعصى شفاوءه اطلق عليه اسم الصداع

اما الشقيقه فتتميزعن الم الرأس العادي بوقوعها في جانب واحد من الرأس وبنوبها الشديدة وعودتها بدون سبب معروف ·

اما ما دعاه تيسو بالمسمار والبيضة فهو الم يشغل مكاناً صغيراً دون ان يكون له موقع ثابت ويكون غالباً جبهياً او صدغياً ولا يعتري الا النساء المصابات بالهرع وقلما يصيب الرجال اصحاب المزاج السويدائي ·

وليست الشقيقة التي قد يشخصها المريض من تلقاء نفسه ما نود ان نتناوله

في ابتداء هذا البحث بل الغرض ان نصف في بحثنا هذا تلك الالام المهمة التي لا يتمكن المريض من معرفة اسبابها فيقف حائراً امام اسئلتنا فعلينا اذن ان نعتمد على ما نستنتجه من اسئلتنا ونستلخصه بفحوصنا المختلفة لتشخيص تلك الالام وتسميتها ومعرفة اسبابها .

وفي الحقيقة ان موقع الالام الرأسية لا يكون في جميع اقسام الرأس اذ انها لا تصيب الوجه والحجاج والانف والبلعوم والاذنين وتصيب القحف ومحتوياته فقط . ولا ريب انه من الصعوبة بمكان ان نتمكن من اقامة حدود فاصلة بين انواع الالام التي تصيب غلافات الرأس وصقله ومحتوياته واذا استثنينا العصابات نفسها والالام الرثوية وافات العظم المؤلمة كثيراً فلا يبقى سوى بعض الام تعاود المريض بشدة بين حين وآخر فتقعده عن العمل ويحتاج معها كثيراً الى استشارة ارباب الاختصاص في امراض الاذن والانف والحنجرة والعين والامراض العصبية لمعرفة سبب الامه ومعالجتها وهذه هي الالام التي نحاول في بحثنا التالي ان نفهم كنهها ونكشف غموضها .

ان الالام تشغل في داخل القحف وخارجه مناطق مجهزة باعصاب مختلفة المناشيء فتختلط شعب الاعصاب الدماغية الشوكية بشعب الودي السمباتي ونظير الودي (parasympathique) . وسنتكلم قليلاً عن كل من هذه المناطق على حدة بصورة مختصرة .

اعصاب المناطق القحفية الخارجية

ان اعصاب غلافات القحف المختلفة حتى السمحاق والعظم ناشئة من اعصاب دماغية شوكية والياف ودية ونظيرة الودي

فالصادرة عن المنشإ الدماغي الشوكي تتوزع في منطقتين · منطقة امامية وهي الكبرى و يعبر عنها بمنطقة المثلث التوائم · وخلفيـــة وهي الصغرى وتسمى منطقة العنقي القفوي ·

فالعصب المثلث التوائم يرسل للقحف اليافاً من شعبه الثلاث ·

فالشعبة الاولى وهي العصب العيني تعصب الجبهة من الاقواس الحاجبيـــة حتى اعلى نقطة في القبة متجاوزة اياها قليلا نحوالناحية الجدارية ·

ففي القسم الانسي من الجبهة تنتشر الشبكة الصاعدة للعصبين الجبهيين · فالجبهي الانسي وهو الاصغر يخرج وحشي محجن المنحرفة الكبيرةوالوحشي وهو العصب فوق الحجاج يمر من الثلمة مرافقاً للشريان فوق الحجـــاج و يعصب بطريقه الحبيب الجبهي وفي الوحشي منه تصعد الياف العصب الدمعي ·

والغصن الثاني وهو العصب الفكي العلوي يعصب القطعة المتوسطـــة من الناحية الصدغية بالالياف الصدغيةالعذارية التي تنشأ اما رأساً من جذع العصب او من القوس الحجاجية الدمعية ·

واخيراً الغصن الثالث الفكي السفلي لتفرعـــات العصب الاذني الصدغي يعصب القسم الخلفي من الناحية الصدغية ·

و يقابل انتشار العصب المثلث التوائم في الاقسام الامامية العلو يـــة انتشار العصب القفوي الكبير في الاقسام الخلفية العلوية · وهذا العصب بعد ان يرسل بعض الياف حركيةالى بعض عضلات النقرة ينقلب عصباً حسياً يعصب النواحي القفوية والجدارية الخلفية ·

اما في الجانبين اي في الناحية الخشائية والاذنية الخلفية فالاغصان الخشائية

والاذنية الناشئة من الضفيرة العنقية تكمل اعصاب هذه الناحية ٠ ٠

وفي متاخمة هذه النواحي يتصل بعض الالياف العصبية المختلفة المناشيء بعضها الاخر جاعلة اشتراكاً فعلياً بين اعصاب هذه النواحي ٠ واخص بالذكر من هذه الاتصالات اتصال الياف العصب فوق الحجاج بالقفوي الكبير ٠

اما الضفائر المحيطة بالاوعية فتنشاء من الودي العنقي الذي ترافق اليافه العقدية الخلفية السباتي الباطن حتى الشريان فوق الحجاج ٠ والسباتي الظاهر حتى الشريان القفوي ٠

ومن البديهي ايضاً ان تأتي هذه الاوعية الياف عصبية من نظير الودي بالجذور الشوكية الخلفية وبعض الاعصاب القحفية ٠

اعصاب داخل القحف : تنقسم الاعصاب في داخل القحف اعصاباً دماغية شوكية وودية ونظيرها ٠

فالقسم الاول تأتي اعصابه كلها من المثلث التوائم وتتوزع خاصة في الام الجافية القحفية وفي جدر الجيوب الوريدية وقد يصيب العظم نصيباً من هذه الاعصاب واخص منه اللوحة الباطنة من عظام القحف ٠ ولو استثنينا منطقة صغيرة نحو الحفرة القفوية والجيب الجانبي تتعصب بشبكة سحائية من العصب التائه ناشئة من عقدته الوداجية لكانت الاعصاب والاغصان السحائية كافة ناشئة من العصب المثلث التوائم ٠

فعقدة غسر ترسل من وجهها الخلفي اليافاً عصبية تتوزع في الام الجافية المجاورة وفي الجيب الصخري العلوي ٠

والعصب العيني الذي يعطي خلاف الالياف الصغيرة التي تتوزع في

الجيوب الكهفية والام الجافية الجبهية الحجاجية ينفصل منه في حـذاء الثلث الامامي للجيب الكهفي غصن سحائي طويل يدعى عصب ارنولد الراجـع الذي ينتشر في خيمة المخيخ ٠

و ينشأ من العصب الفكي العلوي عصب شفلب الراجع فهذا الغصن السحائي المتوسط يرسل اليافه الى الام الجافية التي تفرش وجه الصخرة الامامي والعظم الجداري ٠

واخيراً عصب لوشكا الراجع الذي ينفصل من العصب الفكي السفلي تحت الثقبة البيضية و بعد ان يتفاغر بالعقدة الاذنية يدخل برفقـة الشريان السحائي المتوسط الثقبة المدورة الصغيرة وينقسم قسمين الخلفي منهما يذهب الى الخلايـا الخشائية والامامي يتبع التشعبات الشريانية نحو الناحية الصدغية الجدارية ٠

والعصب تحت اللسان الكبير عند اعصابه للحفرة المخيخية والجيب القفوي يأخذ اليافاً من المثلث التوائم بعصبه اللساني ٠ وهكذا تتعصب الام الجافية وعظام القحف ٠ فالام الحنون تأخذ اعصابها من منشأين المنشإ الودي ونظيره والمنشإ الثاني من الازواج القحفية كا ٣ و ٦ و ٩ و ١٠ و ١١ و ١٢ وقد تأخـذ بعض الياف رأساً من الحدبة الخلفية والسويقات المخية ٠

وتنشأ اعصاب الاوعية من منشأين من الجملة نظيرة الودي التي تأخذ اليافاً من الازواج القحفية المذكورة انفاً ومن الودي نفسه ، من الضفيرة السباتيـة والضفيرة الفقارية ٠

فهذه الاعصاب التي تتوزع في داخل القحف او في خارجه ليست مستقلة تمام الاستقلال لانها على اتصال تام باعصاب الوجه ولا سيما باعصاب العين والانف

والاذن وسائر المناطق التابعة لاختصاص هذه الفروع الاخيرة · وهكذا فالاسباب المرضية متى اعترت احدى هذه المناطق انتقلت بسهولة الى سائر نواحي القحف ولا سيما اسباب الصداعات ·

فالعصب المثلث التوائم فضلاً عن انه يعصب القسمين العلوي والامامي من مجرى السمع الظاهر والقسم الامامي من غشاء الطبل ومخاط جوف الفم واللسان من الجهة المقابلة والجفاف واللهاة والغندبتين الاماميتين يعصب ايضاً جوف الانف حتى حافة الجفاف والفوهة البلعومية لبوق اوستاكيوس ويعصب الحجاج ومحتوياته ·

ولنذكر ان شعب العصب المثلث التوائم تجاز فوهات او مجاري عظمية ولها في اكثر اماكن سيرها مناسبات وثيقة مع السطوح المقاومة ·

وقد بينت التجارب في الحيوان والمشاهدات السريرية في الانسان وبعض التجارب فيه الفرق في الاحساس الالمي بين المناطق الخارجية والوسطى والداخلية للقحف · وكانت منها الفوائد الباهرة في التطبيقات السريرية ·

ففي الاغشية الظاهرة للقحف يختلف الحس كل الاختلاف في الطبقات الجلدية والسمحاق فمتى اراد الجراح اجراء توسط جراحي اكتفى لازالة الالم بحقن الجلد بالمخدرات الموضعية التي تحدث تخديراً تاماً · وفي هذه الاقسام الرخوة نجد ان الجذوع العصبية الصغيرة التي تسير في هذه الاقسام ولا سيما التي تمر من على الصفاق القحفي هي كثيرة الاحساس ويشابهها في ذلك الاوعية التي متى ضغطت بالملقاش احدثت الاما قد تكون شديدة متى اهمل امر التخدير ·

اما العظم فهو قليل الحس حتى ان ثقبه ونشره بدون اقل تخدير مستطاع ·

والجذوع العصبية والاغصان الشريانية في الام الجافية كثيرة الحس · اما الام الجافية نفسها فيوءيد ليناندر انها قليلة الحس جداً حتى انه ثقبها وشقها لا يسببان للمريض اقل الم · ولكن هالير اثبت حسها قديماً في الحيوان · وايد كوشنغ ان الام الجافة حساسة بعض الحس وان حسها يزول كل الزوال بقطع العصب المثلث التوائم و يوءيد رأي كوشنغ زوال الصداع تماما بقطع هذا العصب ويمكن اعتبار الام الجافية حساسة في اقسامها الامامية ولا سيما في المناطق التي يزويها الشريان السحائي المتوسط وهكذا نجمع بين رأي هلر و كوشنغ ورأي ليناندر الذي اثبت ان الام الجافية غير حساسة في المنطقة الاذنية خاصة ·

اما المخ فلا يشعر المريض عند قطعه او استئصال بعض اجزائه او وخزه باقل الم ·

وقد احدث الصداع في الانسان بوسائط مختلفة فطريقة دندي التي تقوم بنفخ الهواء في البطينات للحصول على صور اشعاعية واضحة تمدد هذه المناطق ومتى وصل التمدد الى درجة معلومة اعترت المريض عوارض اولها الصداع ·

وعوق الدورة الوريدية الراجعة تبعاً لطريقة كيكينستيد التي يقصد منها تغيير ضغط المائع الدماغي الشوكي تسبب ايضاً الصداع · وهكذا فان بير بعد عقده حول عنقه رباطاً مرناً وشده بقوة قدر استطاعته وابقائه ليلة شعر في الصباح بالم جبهي لازمه حتى الظهر ·

وقد احاط كوشنغ عنقه برباط مستغط الشرايين ودعا احد اختصاصي العين الى فحص قعر عينه فعند بلوغ الضغط ثمانية ملمترات زئبق لاحظ الاختصاصي ان الاوردة الشبكية قد توسعت وزاد اتساعها كثيراً عند وصول الضغط للدرجة

١٢٠ ملم وزال توسعها حالاً عند زوال الضغط :

وقد استفاد من هذه التجربة العلماء فورب و كوب وفريمون سميث في تجرباتهم عن الاختناق بحامض الكربون في الهرر والكلاب فظهر لهم ان هذا النوع من الاختناق يسبب فيها ارتفاعاً شديداً في ضغط المائع الدماغي الشوكي وتحولات في قعر العين وتمكنوا ان يلاحظوا في شخص عرضوه لغاز حامض الكربون مدة نصف ساعة توسعاً في الاوردة الشبكية واحتقاناً في الحليمة البصرية وفسروا بذلك حصول الصداع في التسممات الحاصلات بالتعرض لهذا الغاز ·

ويمكننا ان نقرب من هذه الامثلة الصداع الذي يحصل بعد استخراج كمية من المائع الدماغي الشوكي وهذه الامثلة نفسها تفيدنا في تفسير الاختلالات التي تحصل في تحولات الضغط داخل القحف ·

ولو تمكنا من استخدام طرق حصول الالم في الاعضاء السائرة لفهمنا حصول الالم في القحف ·

ولكي نحيط كل الاحاطة بهذا الموضوع الدقيق من جميع وجوهه من جهة علم الامراض العصبية وامراض العين وامراض الانف والاذن والحنجرة لابد من معرفة المصادر المرضية المختلفة المحدثة للصداع و كيفية تكونه وهذا ما سيكون موضوع مقالنا الثاني ·

وسنتكلم بعدئذ مستعينين بالعلوم الاختصاصية الثلاثة التي ذكرناها آنفاً عن الطرق الدوائية التي ستكون مستخرجة من علم الخلقة (الفسيولوجيا) وفقاً لقول لندوزي ·

« للبحث صلة »

مقتطفات حديثة

عن جرائد الغرب بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

معالجة فاقات الدم الدوائية ، الخلقية ، الاقليمية ، المائية

تنجم فاقات الدم من : ١ً — تغير الاعضاء المولدة للدم وآفاتها واضطراب وظائفها ·

٢ً — تغير المصورة الدموية ·
٣ً — موات الكريات الحمراء السريع بتأثير الطفيليات والسموم ·

لذلك تجب قبل الشروع بالمداواة معرفة السبب الاساسي انتانيـاً كان ام سمياً ام عضوياً · وقد يشفى في بعض الاحيان السبب الاساسي الا ان فاقـة الدم تبقى مستمرة او يكون هذا السبب مجهولاً فينبغي حينئذ الاكتفاء بمداواة العرض · ويجب في هذه الحالة تجهيز العضوية بالمواد التي تنقصها لصنع الكريات الحمراء وتنشيط الاعضاء المولدة للدم وتحوير توتر المصورة الحلولي او تغيير مقدار المواد الهيولية الموجودة في المصورة واصلاح اضطرابات الكبد والطحال وجميـع الاعضاء المخربة للكريات الحمراء الشيخة او المولدة لها · يتيسر لنا ذلك بوسائط عديدة دوائية وخلقية ومائية واقليمية ·

١ً — المعالجة الدوائية : أ — الحديد هو اشهر الادوية في فاقات الدم وفائدته عظيمة في داء الخضرة ويجب ان ينظر حين اعطائه الى امرين : مزجه

بادوية تحسن المعدة كي لا تصاب بالتهاب دوائي وبادوية ملينة لئلا ينشأ منه امساك ·

الحديدمفيد في فاقات الدم الاسر بيةوالناجمة من الطمث الغزيرومن انحلال الدم والرعاف المتكرر وفي فاقات الدم عند الرضع ومساعد في فاقات الدم الزهرية والبردائية ·

الا ان لاستطبابات الحديد مضادات : اهمها عدم الائتلاف الشخصي ، اضطراب المعدة ·

ب — الزرنيخ(arsénic) : يستعمل في فاقات الدم المتوسطة حيث تكون الاعضاء المولدة للدم مضطربة او تعبة ويفوق هنا الحديد في فعله ويوصف ايضاً في فاقات الدم السلية والعرضية الناجمة من مرض عام او من اضطراب الهضم او من البرداء والزهري · وقد بدا مفيداً في بعض الفاقات الدموية الخبيثة

ج — الاوكسيجن : مفيد في جميع انواع فاقات الدم لذلك نرى ان فقراء الدم يشفون في ساحل البحر وفي الاماكن المرتفعة · ويستعمل الاوكسيجن انشاقاً وحقناً تحت الجلد ·

د — المنغانز : ينبه الاغتذاء العام وليس له تأثير خاص

ه — الكولسترين (شحم الصفراء) : جرب في الاطفال فزاد فيهم عدد الكريات وقد بدا مفيداً في فاقة الدم الخبيثة ولا سيما في اليرقان المحلل للدم

و — اللسيتين : مفيد في جميع انواع فاقات الدم · ينبه الاغتذاء، يزيد عدد الكريات الحمراء ومقاومتها · وهو موجود في مح البيض والنخاع ·

ز — الفاناديوم (vanadium) : محمض حسن يزيد فعل الاحتراق · استعمل

في داء الخضرة وفي بعض فاقات الدم فبدا مفيداً ٠

ح — حامض كلور الماء : وصف في فاقات الدم الخبيثة فبدا مفيداً ولعل فائدته ناجمة من جعله العصارة المعدية اشد فتكاً في الجراثيم فيمنع بذلك تكاثرها واحداثها لاضطرابات معدية معوية محدثة لفاقات الدم لان كثيراً من فاقات الدم مسببة من اضطراب المعدة والامعاء وعفونتهما ٠

ط — ليموناة الصودا : يستعمل محلولها (٦٠ / ١٠٠٠) حقناً في باطن الوريد فيزيد عدد الكريات ٠ وقد لوحظ ان المصل الاصطناعي مفيد ايضاً ٠

ي — الغليسرين : يستعمل بمقدار ١٥ — ٤٠ سم٣ في اليوم فيفيد ٠

ك — الزئبق الكرومي (mercurochrome) يستعمل حقناً في باطن الوريد من ٣ — ٥ ملغرامات لكل كيلو فيحسن فاقة الدم الخبيثة ٠

المداواة الطبيعية : استعملت منذ خمسة عشر عاماً ٠ تقوم باشعاع اشعة (X) والراديوم واشعة ما فوق البنفسجي وباستعمال التوريوم

أ — اشعة (X) : ان الاشعاع مفيد اذا اجري بلطف وكانت مدته قصيرة فهو منبه للاعضاء المولدة للدم ويجب ان تكون الاعضاء هذه قادرة على العمل واما اذا كانت مستحيلة فيزيد حؤولها وتكون الاشعة حينئذ مفسدة لا مصلحة ٠

ب — التوريوم : ان المقادير الجزئية (٥٠ ميكروغراماً في الاسبوع)مفيدة اما المقادير الكبيرة فخطرة ٠

ج — الراديوم : يؤثر كما يؤثر التوريوم واشعة (X)

د — اشعة ما فوق البنفسجي : مفيدة في فاقات الدم الخرعية (rachitique)

والتالية للانزفة وفي الناقهين وفي فاقات الدم الناجمة من اضطراب الافرازات الداخلية ومن سل العظام ·

المداواة بالاستحمام في الحمات التي تحتوي مياهها على حديد وزرنيخ وملح

المداواة الاقليمية مفيدة جداً

فان الاقاليم المرتفعة (ما فوق ١٠٠٠ متر) تزيد خضاب الدم وعدد الكريات فهي نافعة في داء الخضرة وفاقات الدم التالية للانتانات والسابقة للسل والبردائية · ولا يجوز وصفها للعصبيين والمقلوبين والمصابين بامراض عرقية

اما الاقاليم المتوسطة الارتفاع (٨٠٠ الى ٥٠٠ متر) فانها مقوية ونافعة في جميع انواع فاقات الدم

والاقاليم القليلة الارتفاع (ما دون ٥٠٠ متر) مفيدة باستعمال الوسائط الاخرى ·

والاقاليم البحرية منبهة للاعضاء المكونة للكريات الحمراء ومزيدة لخضاب الدم ويجني منها الاشخاص القادرون على التفاعل فائدة حسنة ويجب ان يبتعد عنها المحمومون والمدنفون والمقلوبون والمسلولون من المصابين بفاقة الدم لانها مضرة بهم ·

موجز عن بعض ابحاث المؤتمر الطبي المنعقد في مونبليه

بحث مداواة فاقات الدم بالحمية والاستعضاء والاستدماء

للاستاذ لامبيان

بحث ويبل وزملاؤه عن الاعضاء المولدة للدم فاثبتوا ان الكلية والكبد تؤثران تأثيراً شديداً في صنع خضاب الدم · اما النسيج العضلي فاقل فعلا

منهما ويكاد الأ يكون للاسماك والالبان وما يصنع منها ادنى تأثير وقد ثبت لهم ان بعض الفواكه والخضر ولا سيما الخضراء منها تلعب دوراً مساعداً على توليد الدم والحيوين (C) والحيوين هو الذي ظهر تأثيره الحسن في مداواة فاقة الدم وقد اثبتوا ان :

الاستعضاء النقي : مفيد في فاقة الدم الخبيثة

والاستعضاء الطحالي : مفيد في فاقات الدم التالية ولا سيما في المسلولين

والاستعضاء الدرقي : مفيد في فاقات الدم المصاحبة لاضطراب الافراز الدرقي .

والاستعضاء الكبدي : مفيد في فاقات الدم الخبيثة ويدعي مورفي ومينو ان الاستكباد (hépatothérapie) هو خير علاج لفاقات الدم الخبيثة . وتأتي خلاصات الكبد بالفائدة التي تجنى من الكبد ذاتها . وترجح الخلاصات الكبدية في فاقات الدم باضطراب المعدة وفي المصابين باحتباس البولة او بالنقرس

ب — في فاقات الدم غير الخبيثة : الاستكباد مفيد في فاقات الدم النزفية

الاستدماء : تفيد المصنول المولدة للدم فائدة حسنة في فاقات الدم الثانية المتوسطة ولا تفيد فائدة جلية في فاقة الدم الخبيثة . وقد ثبت ان حقن تحت الجلد او العضلات بالدم ينشط توالده

نقل الدم : مفيد جداً في فاقات الدم النزفية وفي غيرها عدا فاقات الدم غير المصورة وابيضاضات الدم .

* * * * *

الاعراض العصبية السنية المنشإ

يعتقد الاستاذ جورج آندره ان كثيراً من آفات الوجه : التهاب الجيوب حمرة الوجه ، الدمل وغيره تنشأ من حالة الاسنان السيئة وقد شاهد عدة حوادث كانت كلها موءيدة لدعواه منها حادثة امرأة اصيبت بالم العصب الوجهي المزمن لم يوفق لتسكينه كثير من الاطباء حتى ان احدهم ارسلها الى الاستاذ اندره الذي شاهد نوب الاحتقان والالام المزعجة التي تنتابها في الرجا الصدغي الاذني العنقي وفحص جوف فمها فحصاً كاملاً فلم يبد له فيه آفة ما لا في اللثة ولا في الاسنان ولاحظ ان الناجذة العليا اليسرى مفقودة واليمنى ضامرة وافادت المريضة انها كانت اصيبت منذ بضع سنوات بنوب مماثلة في الجهة اليمنى ففكر بان هذه الالام قد تكون ناجمة من نمو الناجذة المفقودة نمواً معيبا ثم غابت المريضة وعادت اليه بعد سنة كاملة تشكو الالام نفسها التي اخذت تشتد عن ذي قبل وافادت انها راجعت الاستاذ بواريه وطلب منها ان ترضى بقطع عقدة غاسر فرغبت السيدة المذكورة ان تأخذ رأي الاستاذ آندره قبل الموافقة على العملية وهكذا تسنى له فحصها مرة ثانية فشاهد ان سن السنة الثانية عشرة متخلخلة قليلاً وينجم من ضغطها الام شديدة فطلب من مريضته بان تصور الرجا المذكور بالاشعة فدلت الصورة على ازدحام في اساس الجذور بين سن السنة الثانية عشرة والناجذة الآخذة بالنمو فنصح حينئذ للمريضة بان تخلع السن المذكورة فقبلت وزالت عنها بفضل ذلك نوب الالام .

المشاهدة الثانية : يرجع عهدها الى عام ١٩٢٥ وهي حادثة لقوة طرأت على امراة فجأة دون ان يسبق حدوثها الام مما جعل التشخيص صعبا وقد شاهدها

اطباء عديدون بينهم استاذان: المريضة قروية ارسلها للدكتور اندره احد اصحابه ليبدي رأيه في اسنانها وماذا كان لها ثمة علاقة باللقوة · تبين له بعد فحصها ان العصب السني السفلي قد رض بسبب اندفاع الناجذة الى رتجه السنخي واثبت التصوير رأي الحكيم آندره فاستأصل ناجذتيها العليا والسفلى فشفيت المريضة وقد شاهدها بعد ستة اشهر ممتعة بحركات وجهها الخلقيـة كسابق عادتها ·

وقد احب الاستاذ اندره ذكر هاتين المشاهدتين لما فيهما من الفائدة منتقداً اسراع الجراحين في بعض الاحيان وتكليفهم المرضى بعمليات كبيرة قد تكون عاقبتها اضطراب النظام الخلقي في البدن فان خلع سن خلص المريضة من استئصال عقدة غاسر في الحادثة الاولى وانجى المريضة الثانيـة من اللقوة وما ينجم منها ·



وفاة الاستاذين

توفيه (١٨٥٧ -- ١٩٢٩) لوسان (١٨٧٨ — ١٩٢٩)

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

بعد ان فجع الطب هذه السنة بفقد علمين من اساتذته العظام وهما فيدال وسيكار ارتدت الجراحة الفرنسية بدورها ثوب الحداد على فقد عظيمين من كبار جراحيها وهما

توفيه الذي انتقل من هذه الحياة عن ٧٢ سنة قضاها في الاعمال الباهرة

ولوسان الذي ترك هذه الدنيا عن ٥١ سنة قبل ان يكمل عمله المجيد الذي بدأ به ٠

ومن من اطباء العالم قاطبة لم يسمع بهذين الاسمين الشهيرين اللذين لم تنحصر شهرتهما في فرنسة فقط بل تعدتها الى الممالك الاخرى التي ستشترك بالاسف على فقدهما

كان توفيه في مقدمة الجراحين الذين لا يستصعبون عملاً كبيراً ولا يقفون تجاه الصعوبات مهما كبرت وقد خصص نفسه بالطب التجربي ٠

وهو تلميذ مدرسة نكرالعظيمةومن اعظم الاختصاصيين بجراحة الكليةوالكسوروالرئة

واليه يعود الفضل في التخدير القطني الذي لا يذكر دون ان يذكر معه اسم توفيه هذا التخدير الذي كانت له ضجة كبيرة في عالم الجراحة ٠ لا ننكر ان بير قد سبقه الى حقن القناة الفقارية بالكوكايين لتسكين الالام الشديدة غير ان توفيه هو اول من استعمله في التخدير واوجد هذه الطريقة الجديدة النفيسة التي ما كادت تعلن حتى تقاطر الاطباء من انحاء البسيطة ليروا طرز استعمالها و يشاهدوا بعيونهم هذا الجراح الماهر يستعملها ٠

ولم يقف الامر عند هذا الحد لان توفيه الذي لا يعرف الكلال كان يجول هو نفسه في الاقطار البعيدة ناشراً هذه الطريقة ورافعاً حيث حل اسم الجراحة الفرنسية عالياً وقد حضر في السنة المنصرمة موءتمر القاهرة الطبي ولم يحرم دمشق زيارته القصيرة ٠

وكانت السنون تتوالى عليه دون ان تفقده شيئاً من لباقته الجراحيةوعلومه الغزيرة فهو بلا مماراة امير من امراء العلم والجراحة ٠ واعماله العديدة الخالدة تشهد له بذلك وتلامذته المنبثون في جميع العالم يذكرون هذا الاستاذ العالم العامل وعيونهم تسكب الدموع الغزيرة على فقده ٠

اما لوسان فهو العالم الفذ الذي ادهش كل من عرفه هو هذا الجراح الماهر الذي لم ينجب القرن العشرون ابرع منه هو ذلك الدماغ المفكر الكبير الذي كانت تباهي بـه الجراحة الفرنسية ٠

هو ذلك الرجل الذي لم يكن يعرف التعب بل كان يصل الليل باطراف النهار جاداً مجتهداً حتى انه فاز في جميع السباقات ونال لقب استاذية الامراض الجراحية في معهد باريس الطبي سنة ١٩٢١ ولم يبرع لوسان في الجراحة وحدها بل كان من اعاظم علماء التشريح والطب الجراحي والتشريح المرضي حتى ان الاختصاصيين انفسهم في هذا الفرع الاخير كانوا يستطلعون رأيه في المقاطع الغامضة وقد ذهب ضحية هذا العلم ٠

لانه بعد ان استأصل احدى المرائر اخذ يعاينها معاينة دقيقة و يظهر انه مس باصبعه الملوثة دون ان ينتبه فمه فكانت العدوى لان تلك المرارة كانت تعج بالعصيات التيفية وقد قضى رحمة الله عليه ضحية هذه الحمى الخبيثة ٠

اما مؤلفاته فعديدة واكثرها شهرة « سريرياته الجراحية » التي طبعها سنة ١٩٢٦ مع لاريش « وجراحة عظام الاعضاء والمفاصل » التي طبعت هذه السنة ٠

وكان في نيته ان يؤلف « رسالة في التشريح المجهري وغير المجهري » مطبقاً على التشخيص الجراحي والطب الجراحي فلم يمهله الموت لابراز هذا العمل الكبير الى حيز العمل غير ان مؤازريه لا يحرمون العالم الجراحي هذه الفائدة العظيمة بل انهم سيجمعون هذه الجواهر و ينظمون منها هذا العقد الثمين تخليداً لاسم هذا النابغة ٠

واننا قبل ان نترك القلم ننحني باحترام وأسف امام ضريحي هذين الاستاذين الكبيرين سائلين لهما الرحمة ولآلهما العزاء والصبر ٠

لوسركل

فهرس المواد العام

للمجلد السادس من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم .

الصحيفة

« أ »

الصحيفة

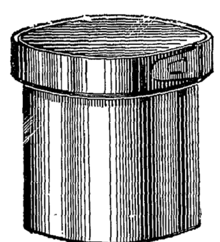
الصحيفة

الصحيفة



فهرس الاعلام

من كتبة المقالات والمراسلين مرتبة على حروف المعجم



الالتهاب المعوي الكولوني

ولا سيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع

الانتي فلوجستين الحار على البطن جميعه

Antiphlogistine

TRADE MARK

ومن خواصه افراغ اوعية المعى والخلب (البريطون) وتنبيه الضفيرة الشمسية والمريطائية · وايقاف الزحير والتقلص العضلي والم

افات الجلد

ان كل آفات ادمة مهما كان سببها : كالحروق ، ووخزات الحشرات والزواحف التي يكثر وقوعها في الصيف تستدعي المعالجة بسرعة بوضع انتي فلوجستين · ويجب ان يوضع في الغالب حاراً

ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة احتقان تعيد الدوران الطبيعي بسرعة الى انتظامه وهي الخطوة الاولى في عامل تحديد كل التهاب · ان الانتي فلوجستين البارد اسهل تحملاً في بدء الحروق ·

الرضوض

الوثي ، والجروح ، والتهابات الاوردة الرضية ، والمعص وسائر الاحتقانات الناشئة من التمرنات الرياضية تزول سريعاً بوضع انتي فلوجستين الحار

ترسل المعلومات والمساطر لحضرة اطباء

المقر العام

The Denver Chemical M. FG.C

New York city, U. S. A.

EMILE FARHI & C°

P . O. Box 254

Beyrouth (Syrie)





تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعهما

يصدرها في دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

اشتراكها السنوي

في سورية ولبنان	نصف ليرة عثمانية
وفي الخارج	نصف ليرة مصرية

والدفع مقدماً ويحسم ٢٥ بالمائة لتلامذة المدارس



كل ما يتعلق بالانشاء يفاوض به رئيس الانشاء الدكتور مرشد خاطر

استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

